

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o progresso da Cirurgia

Director: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

VOL. LIX

São Paulo, Março de 1950

N.º 3

Sumário:

	Pág.
Esvaziamento pélvico em mulher — Drs. HEWITT-QUE MÁLEGA e VICENTI DI BELLA.....	275
Simpósio sobre tratamento cirúrgico da úlcera gástrica e duodenal — Prof. MÁRIO DE ABREU..	283
Ruy Barbosa e o médico — Dr. RUY DOS SANTOS..	295
Parasitoses intestinais (estudo estatístico) — Dr. OSVALDO PAULO FORATTINI.....	307
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Higiene e Medicina Tropical.....	313
Neuro-psiquiatria.....	316
Cirurgia.....	316
Dermatologia.....	317
Pediatria.....	317
Radiologia.....	320
Medicina.....	322
Ginecologia e Obstetrícia.....	325
Sociedade Médica São Lucas.....	326
Outras sociedades.....	330
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números.....	332
Vida Médica de São Paulo:	
Colégio Internacional de Cirurgiões.....	334
Escola Paulista de Medicina.....	334
Faculdade de Medicina.....	336
Santa Casa de Misericórdia.....	336
Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência.....	340
Universidade de São Paulo.....	340
Serviço Nacional de Leprosia.....	341
Sociedade Brasileira de Proctologia.....	341
Necrológio — Dr. Francisco Tancredi.....	341
Assuntos de Atualidade:	
Patologia da vesícula.....	342
O tratamento do acesso do paludismo.....	342
Literatura Médica:	
Livros recebidos.....	344
Apreciações.....	347
Folhetos e separatas recebidos.....	348

ARUCASE

LÍQUIDO

Preparado a base de ARUCA — *Caléa pinnatifida* Less — para o **tratamento específico** da AMEBIASE em todas as suas formas.

Ao contrário da maioria dos medicamentos utilizados até hoje, ARUCASE **não é tóxico** e permite o tratamento dos adultos e crianças, sendo o seu sabor amargo bem tolerado.

ARUCASE além de atuar, como outros preparados, contra a Amíase, na forma aguda da moléstia, é eficaz também quando já sobreveio o aparecimento dos cistos, o que permite **extinguir completa, rápida e definitivamente** a moléstia.

ARUCASE é também eficaz para a eliminação dos flagelados, tais como a *Giardia*.

FORMULA:

Cada colher das de café (5 cm³) contem:

Extrato concentrado de ARUCA estabilizada (1:1,5) — 1 cm³

Água cloroformada, glicerolada a 25 % — q.s. p. 5 cm³

A ARUCASE é apresentada em vidros de 60 cm³.

MODO DE USAR:

Adultos — Uma colherinha (5 cm³) diluída em um pouco de água 3 vezes ao dia.

Crianças — A mesma dose 2 vezes ao dia.

Estas doses podem ser aumentadas sem inconvenientes, pois, o medicamento é inteiramente destituído de toxicidade.

Solicite amostras e literatura à Seção de Propaganda do
LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA

Caixa Postal 86-B — Fone: 4-5106
SAO PAULO

VIKASALIL

EM DRÁGEAS ENTERICAS

+++

Anti-Reumatico — Analgésico

+++

Associação de Salicilato de Sódio
com Piramido

+++

EFEITO MAIS RAPIDO.
QUALQUER TIPO DE DÔR.

+++

Fórmula :

Salicilato de Sódio .	0,50
Piramido	0,10
Vitamina K	0,001
Bicarb. de Sódio . .	0,03

+++

LABORATÓRIO PHARMA

Marcello, Massara & Cia.

Rua Tabatinguera, 164 — Fone, 3-7579 — São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS PARA ANUNCIOS

CAPA:		Cr\$
2. ^a pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez		800,00
3. ^a pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez		700,00
4. ^a pagina da capa (12 × 19 cm.) por vez		1.000,00

TEXTO:		
1 pagina (12 × 19 cm.) por vez		800,00
½ pagina (9 × 12 cm.) por vez		420,00
¼ pagina (9 × 5,5 cm.) por vez		220,00
Encarte por vez		800,00
Pagina fixa 20% de aumento.		

Anti-tóxicos, anti-necróticos, anti-infecciosos

CLIMAX

ACROSIN

AUTO E HETERO-INTOXICAÇÕES
TOXEMIAS DAS DOENÇAS INFECCIOSAS
ENFERMIDADES HEPÁTICAS
ESTADOS ALÉRGICOS
PRÉ E POST-OPERATÓRIOS
VEÍCULO DOS ARSENOBENZÓIS
USO INTRAMUSCULAR OU ENDOVENOSO

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445

ATENDENDO À SUA PROCURA DE UMA
GLICOSE-VITAMINADA,

por via oral...

apresentamos:

GLICOSE B₁
Johnson

(PÓ DE GLICOSE COM VITAMINA B₁)



FÓRMULA

Glucose puríssima, ativada pelo fosfato dissódico, contendo elevado teor de Vitamina B₁.

Indicada nos regimens dietéticos de crianças e adultos, e como medicamento de apoio nas afecções do aparelho digestivo, hepático e renal, nas cardiopatias, no treinamento esportivo, etc..

A **Glucose B₁ Johnson** é facilmente assimilada, pelo papel que nela exerce a Vitamina B₁ como fator principal do metabolismo dos açúcares.

A sua associação com o fosfato dissódico é *duas vezes mais ativa* do que a Vitamina B₁ pura; além disso, a primeira etapa do aproveitamento da glucose pela célula viva é a sua combinação com o ácido fosfórico, para formar o hexosemonofosfato (Mathews).

Tolerância perfeita e gosto agradável, mesmo para o paladar delicado da criança.

DOSES

Lactantes - 1 a 2 colherinhas das de sobremesa, diariamente, dissolvidas no leite da mamadeira ou em água. **Crianças** - 2 colheres das de sobremesa diariamente, dissolvidas em água ou leite, ou adicionadas a papas, mingaus, etc.. **Adultos** - 2 colheres das de sopa, diariamente, dissolvidas em água ou leite.

Apresentação: Latas de 200 gramas

Johnson & Johnson
AV. DO ESTADO, 5537 SÃO PAULO

NEO-ANTERGAN



Alergia...

Anti-histamínico de síntese,
o NEO-ANTERGAN é o novo me-
dicamento de grande valor te-
rapêutico em todos os estados
alérgicos.



A marca de confiança

SSS

R90-448-PANAM

**PODEROSO ANTISÉPTICO
URINARIO E BILIAR**

URASEPTINE ROGIER



Fabricada no Brasil com licença especial de HENRY ROGIER, PARIS, FRANCE,
LABORATORIOS ENILA S. A. Caixa 484. Rio de Janeiro.

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

NEO-SINEFRINA

Vaso constritor para Uso Tópico Nasal

O medicamento de eleição nas

RINOFARINGITES, OTITES, SINUSITES.

E' RECOMENDADO POR SER:

- 1 - PODEROSO DESCONGESTIONANTE.
- 2 - NÃO CAUSA MANIFESTAÇÕES NERVOSAS OU CARDÍACAS. (NÃO CONTEM EPINEFRINA NEM EFEDRINA).
- 3 - SUAVE E NÃO IRRITANTE.
- 4 - EFICAZ MESMO APÓS USO PROLONGADO.
- 5 - INDICADO PARA CRIANÇAS DA MAIS TENRA IDADE. BEM COMO PARA ADULTOS E VELHOS

SOLUÇÃO AQUOSA A $\frac{1}{4}$ %

WINTHROP PRODUCTS INC.

NEW YORK - U. S. A.

DISTRIBUIDORES

THE SYDNEY ROSS COMPANY

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 - Fone, 3-4198 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 100,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 10,00

VOL. LIX

MARÇO DE 1950

N.º 3

Esvaziamento pélvico em mulher *

Dr. Henrique Mélega

*Cirurgião da 1.ª Clínica de Tumores. — 1.º Assistente de Técnica
Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina*

Dr. Vicenti Di Bella

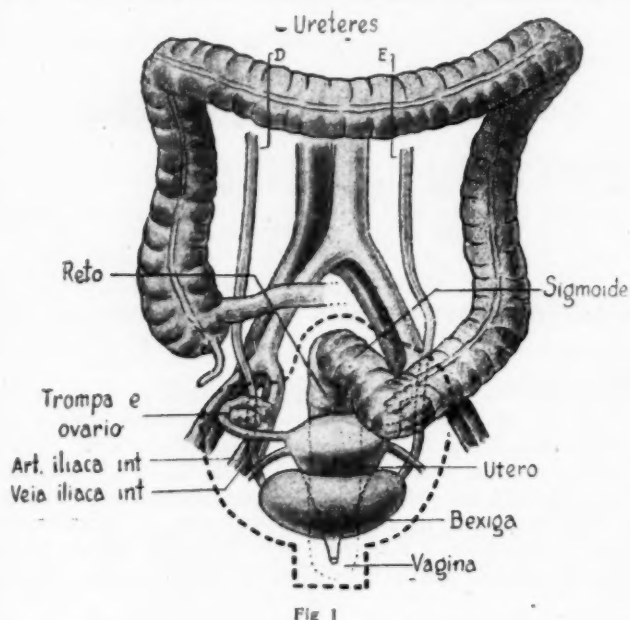
Cirurgião da 1.ª Clínica de Tumores, Ginecologista da C.A.P.F.E.S.P.

Este trabalho tem por finalidade comunicar 2 casos de esvaziamento pélvico no sexo feminino e ao mesmo tempo, propor uma padronização de técnica que usámos no 2.º caso e que, ao nosso ver simplifica muito a realização de técnica tão complexa. Esta operação foi proposta em 1948, por Brunschwig, que a realiza em 22 casos com os seguintes resultados: 12 pacientes vivos e bem de 2 semanas a 7 mezes; uma paciente faleceu de carcinomatose 8 mezes após a operação; 5 mortes no pos-operatório imediato.

No sexo feminino a operação se indica principalmente nos casos de ca do colo do útero que tenha invadido a bexiga e o reto e que não apresente fixação à bacia óssea. Em linhas gerais consiste em retirar em monobloco o útero com anexos e vagina, o reto com parte do sigma, canal anal e anus, a bexiga com a uretra, todo peritônio pélvico com tecido célula-linfático, e parte do períneo como se vê em esquema na fig. 1. Os ureteres serão implantados no sigmoide e este na pele, fig. 2. É operação de vulto incomum cujos resultados operatórios podem ser considerados bons, mas que só o futuro poderá dizer algo sobre a sobrevivência pos-operatória. Os casos relatados na literatura são ain-

* Trabalho da 1.ª Clínica de Tumores de Tumores da Associação Paulista de Combate ao Câncer.

da em pequeno número e recentes para que se possa concluir se tal operação pode apresentar ou não os resultados que dela se esperam. Como no momento se apresenta como única possibilidade de salvação para pacientes já rejeitados pela rádio e radioterapia não tivemos dúvida em indicá-la e realizá-la nos casos que logo mais relataremos. Como se pode verificar pela ficha operatória, a 1.^a paciente foi operada pela sistematização de técnica de Brunschwig, com pequena variação que consistiu em sermos mais económicos na exérese do peritônio pélvico o que permitiu peritonização. Esta foi realizada com a finalidade de con-



ter as alças delgadas fora da pequena bacia evitando lesá-las durante a realização do tempo perineal. Apesar disto o tempo perineal, realizado com o abdomen fechado mostrou-se difícil. Foi realizado com pouca segurança e a hemostasia foi dificultada por deficiência de visão. A operação prolongou-se por 4 horas, e a paciente deixou a sala chocada. Deve-se acrescentar a isto que a paciente faleceu no 5.^o dia, de obstrução intestinal. Acidente semelhante ocorreu com 1.^a paciente de Brunschwig, a única em que foi realizada a peritonização. Acredita este autor que a peritonização é sempre deficiente, e deixa orifícios por onde é fácil penetrar uma alça e causar fenômenos obstrutivos. Por esta razão decidimos abandonar esta

PROFENAMIN COMPOSTO



AMPÓLAS

COMPRIMIDOS

SUPOSITÓRIOS

PROFENAMIN COMPOSTO alia em sua fórmula três elementos de efeito decisivo no combate às síndromes dolorosas.

- I **ANTISPASMÓDICOS** = PROFENAMIN
NOVATROPINA
- II **ANALGÉSICO** = DIMETIL - AMINO - ANTIPIRINA
- III **SEDATIVOS** = DERIVADOS DA MALONILUREIA

PROFENAMIN COMPOSTO não é entorpecente.

INDICAÇÕES:

Cólicas hepáticas, nefréticas, vesicais, dismenorréia, pré e pós operatória, dores dos cancerosos, síndromes dolorosas do trato genito-urinário, ameaças de aborto, dores sub-intrantes do parto, enxaqueca.



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572

SÃO PAULO

RINO - STEG



RINO-STEG reúne três elementos de máxima atividade

- O ANTIBACTERIANO = TIOTRICINA
- O DESCONGESTIONANTE = DL-DESOXIEFEDRINA
- O "ESTERILIZADOR DO AR" = PROPILENOGLICOL

NO TRATAMENTO DAS
RINITES - SINUSITES



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572
SÃO PAULO

manobra. Como esta conduta iria somar às dificuldades já descritas do tempo perineal a da presença de alças delgadas livres na pequena bacia decidimos padronizar uma técnica que tornasse a realização deste tempo mais fácil e mais segura. Usámos a nossa padronização no 2.º caso e como se pode verificar na 2.ª ficha operatória a modificação consiste em determinada fase da operação operarem conjuntamente 2 equipes. Assim do começo da operação até o momento em que se inicia a implantação dos ureteres no sigma, opera somente uma equipe. Neste momento entra outra para realizar o tempo perineal. Enquanto o cirurgião da 1.ª equipe realiza a uretero-sigmoidostomia o da 2.ª faz a parte superficial do tempo perineal (sutura do anus e vulva, in-

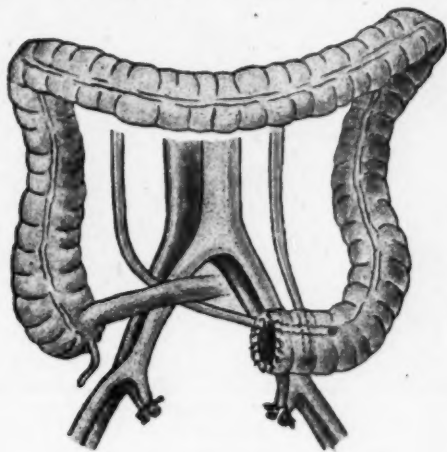


Fig. 2

cisão da pele, hemostasia, etc.). Quando o 1.º cirurgião termina a implantação ureteral o 2.º está iniciando a parte profunda do tempo perineal. Neste momento o assistente do tempo abdominal mantém afastadas as alças, proporcionando campo livre para o 2.º cirurgião que, além do mais tem seus movimentos guiados pelo cirurgião abdominal. Retirada a peça a revisão da hemostasia é feita pelas 2 equipes. Em seguida o 2.º cirurgião coloca as gazes de tamponamento pela brecha perineal, enquanto o 1.º as distribue pelas superfícies não peritonizáveis e faz o apóio para as alças delgadas. A equipe perineal passa ao fechamento enquanto a abdominal realiza a sigmodostomia e, em seguida, fecha o abdomen. Esta padronização permite que a operação seja realizada com mais segurança, mais facilidade e em menor tempo. O cirurgião do tempo perineal tem seu trabalho facilitado pela equipe do tempo abdominal que protege as alças delgadas, guia seus movimentos, faz a hemostasia dos vasos mais

profundos e realiza o tamponamento de toda área cruenta com mais facilidade, pois a tem sob visão mais direta.

Na segunda operação encontrámos muito mais facilidade e operámos com mais segurança. O ato operatório foi mais rápido (3hs,20), e menos chocante (a paciente entrou para a sala com 12 de máxima e voltou para o quarto com 11).

Passamos agora às observações com todos os dados que julgamos interessantes.

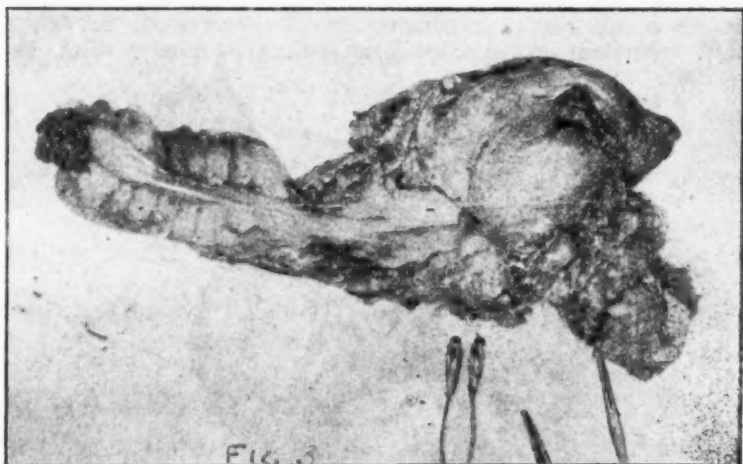


Fig. 3

Obs. I. — L. O., 48 anos, casada, brasileira, doméstica.

História da moléstia atual. — Há 2½ anos como estivesse perdendo sangue por via vaginal procurou um especialista que lhe disse ter uma ferida no útero. Depois de uma biópsia foi feita uma intervenção cirúrgica para a extirpação do útero. Depois disto passou bem, tendo engordado muito. Há 2 meses começou a sentir dores e média intensidade em ambas as regiões glúteas e incontinência urinária. De nada mais se queixa. Este o resumo da história quando a paciente nos procurou no dia 21-4-49.

Exame geral. — Paciente em bom estado geral, bem nutrida.

P. A. 11,5/6. Pulso 78.

Exame ginecológico. — Cicatriz no fundo vaginal, ão apresentando lesões visíveis. Paredes vaginais livres não se notando alterações apreciáveis. Ao toque notou-se endurecimento à D, dando a impressão de aderir ao reto.

Toque retal. — Tumoração muito dolorosa, do tamanho de um ovo de galinha, fazendo proeminência na parede retal.

Diagnóstico clínico. — Recidiva na vagina de Ca do colo operado.

Ficha operatória:

Data: 10/5/49.

Anestesia. — Ciclo-eter-oxigênio.

Descrição. — Incisão mediana infra-umbelical sobre a cicatriz da operação anterior. A exploração constatamos a presença de tumoração do tamanho de 1 laranja, entre a bexiga e o reto, sobre o coto vaginal. Aderia ao peritônio que a recobria, à bexiga e ao reto, crescendo mais para o lado D sem aderir à bacia óssea. Comprovada a ressecabilidade do tumor, os ureteres foram ressecados e seccionados entre pinças, o E a 5 cms. d bexiga e o D que se apresentava dilatado a 10 cms. por se acreditar que sua extremidade inferior estivesse comprometida pelo tumor. Ligadura seguida de secção dos vasos hipogástricos D e E. Dissecção de todo tecido célula-linfático ue se encontrava ao redor destes vasos. dos ureteres e ao nível da membrana obturadora. Libertação da bexiga que só ficou presa ao tumor e a perineo. Ligadura e secção dos vasos hemorroidários superiores seguida de libertação posterior e lateral do reto, como na técnica de Milles. Secção do sigmóide. entre pinças de Vasconcelos, 5 cms, acima da flexura sigmóide-retal. O ureter E foi implantado no sigmóide pelo processo de Caffey I e o D foi implantado na pele, no flanco D. Sutura do peritônio que só foi conseguida sob tensão. Sigmoidostomia na fossa iliaca E. Fechamento do abdomen por planos. Em seguida passou-se ao tempo perineal: sutura do anus e vulva; incisão elítica contornando os grandes lábios e anus, estendendo-se do clitoris à ponta do coxix. Secção dos músculos coccegeano e elevador do anus próximo à inserção no iliaco. Com isto libertou-se e retirou-se a peça (fig. 3). Tamponamento com gaze vazelinada e sutura da pele com pontos separados. Durante a operação que durou 4 horas a paciente tomou 1.000 cc. de soro glico-fisiológico, 500 cc. de sangue, 2 ampôlas de Veritol e 1 de Cardiazol. Efedrina. A. P. A. inicial era, de 11.5/6. A paciente saiu da sala chocada.

POS-OPERATÓRIO

10/5/49. — A paciente tomou mais 1.000 cc. de sangue e 2.000 de soro, saindo do choque. A tarde notou-se que drenava urina pelo perineo. A ureterostomia cutânea não drenava urina. Deste dia até o 13/5 o quadro manteve-se inalterado. No dia 12/5 foi aberta a sigmoidostomia.

14/5/49. — Abdomen distendido. Sinais de obstrução intestinal.

15/5/49. — A distensão abdominal aumentou e a paciente faleceu à tarde.

O diagnóstico histo-patológico foi: Carcinoma glandular sólido do útero.

*
**

Obs. n.º 2. — J. R. 25 anos, brasileira, branca, viuva, doméstica.

História da moléstia atual. — Há cerca de 8 anos foi operada de câncer do útero. Em seguida fez uma série de aplicações de radioterapia. Passou bem até há um ano quando lhe apareceram dores de média intensidade no hipogástrico. Há 4 meses começou a sentir dores fracas durante a micção e prisão de ventre. Todos estes sintomas pioraram nos últimos meses ao mesmo tempo que aparecia dor à evacuação. Atualmente a paciente se queixa de dores muito fortes durante a micção, hematúria e crises diarreicas acompanhadas de dor forte. Emagreceu cerca de 10 quilos. Este é o resumo da história quando a paciente nos procurou no dia 4-11-49.

Exame geral. — Paciente emagrecida e anemiada, contorcendo-se de dores. Foi necessário aplicar um analgésico para se poder fazer exame clínico. P. A. 12/6, P. 90.

Exame ginecológico. — A inspecção notou-se que a vagina apresentava-se comprometida por 1 processo tumoral infiltrante que diminuía muito o diâmetro do órgão. Ao toque mal se conseguia a introdução de um dedo; notava-se que o tumor fazia corpo com a bexiga e sangrava abundantemente.

Toque retal. — Grande tumoração dolorosa que comprimia o dedo contra o sacro.

Diagnóstico clínico. — Recidiva de ca. do colo operado, na vagina com comprometimento da bexiga e do reto.

Ficha operatória.

Data. — 11/11/49.

Anestssia. — Narcose com ciclo-éter-oxigênio-curare.

Descrição. — Incisão mediana infra-umbelical contornando cicatriz antiga. Foram desfeitas aderências do grande epiplon sobre o 1/3 inferior da parede abdominal e sobre a face lateral esquerda da bexiga. A exploração constatamos: perfeita peritonização do fundo de saco de Douglas; ausência de útero e anexos, encontrando-se à D. um pequeno ovário atrófico; massa tumoral encaستada entre a bexiga e o reto, estendendo-se por toda área do estreito inferior; invadia a parede anterior do reto e a bexiga ao nível do trigono. Os ureteres foram dissecados ao nível de sua passagem sobre os vasos ilíacos e reparados com fio. Antes de se ligar qualquer pedículo foi feita a mobilização da bexiga e do tumor para se certificar da ausência de aderências ao plano sseo. Ligadura seguida de secção da artéria e veia ilíacas internas D. Dissecção de todo tecido célula-linfático que se encontrava ao nível dos vasos ilíacos, do ureter e da membrana obturadora. Este tecido foi afastado para dentro passando a fazer corpo com os órgãos a serem extirpados. Os nódulos linfáticos ilíacos apresentavam-se aumentados, duros, porém móveis. Do lado esquerdo realizou-se a dissecção do tecido célula-linfático sem se ligar os vasos ilíacos internos. Foram ligados seus ramos viscerais quasi na sua emergência. Ligadura e secção do infundíbulo pélvico, D, passando o ovário a fazer corpo com o tecido a ser extirpado. Secção entre pinças dos ureteres, a 5 cms. da bexiga. Ligadura da hemorroidária superior e libertação posterior e lateral do reto, como na amputação deste órgão pela técnica de Milles. Completou-se em seguida a libertação da bexiga, deixando-a fixa somente ao tumor e ao perineo. O sigma foi dissecado ficando preso somente às extruturas a serem extirpadas. Passou-se a uretero-sigmoidostomia por 1 técnica semelhante a de Davallos, implantando-se o ureter E 4 cms. mais baixo que o D. Neste momento nova equipe começou a realizar a tempo perineal enquanto se realizava a implantação ureteral. O cirurgião desse tempo realizou a sutura da vulva e do anus. Em seguida fez a incisão da pele, incisão elítica contornando a vulva (poupando parte dos grandes lábios) e anus, estendendo-se do clitoris até a ponta do Cócix. Terminou esta parte quando o cirurgião terminou a uretero-sigmoidostomia. Realizou a secção do músculo abdominal coccigeano e do elevador do anus, guiado pelo cirurgião abdominal e tendo as alças afastadas pelo assistente da equipe abdominal. A hemostasia foi realizada pelas 2 equipes. O cirurgião do tempo perineal colocou as gazes de tamponamento que foram distribuídas pela equipe abdominal sobre as superfícies não peritonizáveis de maneira a constituir um suporte para as alças delgadas. Sutura da pele do perineo. Implantação do sigma na fossa ilíaca esquerda. Sutura do abdome por planos. Durante a operação que durou 3 horas e 20' a paciente tomou 1 litro de soro e 700 cc. de sangue. Entrou para a sala com a P. A. 12/6,5 e voltou para o quarto com 11/6. A pressão mínima durante toda a operação foi 9/5.

POS-OPERATÓRIO

11/11. — A paciente passou bem. Tomou mais 1 litro de sôro e 500 cc. de sangue, além de penicilina, suprarenal, etc.

12/11. — Estado geral bom. Foi aberta a sigmoidostomia que drenou mais de 500 cc. de urina. vômitos repetidos (a paciente não suportou sonda).

13/11. — Continua boa a drenagem de urina. A paciente continua vomitando, apesar do que o estado geral é bom. Um pouco de distensão abdominal.

14/11. — Começa a eliminar gases pela sigmoidostomia. Melhora a distensão. Os vômitos continuam.

15/11. — Continua vomitando. Piorou o estado geral. Além do sôro que tem tomado continuamente, tomou 300 cc. plasma. Foi retirada uma gaze de tamponamento.

17/11. — 1.^a evacuação pela sigmoidostomia. A urina continua a drenar livremente. Melhorou dos vômitos. Foram retiradas as outras gases o que ocasionou drenagem de grande quantidade de líquido.

19/11. — Ainda alguns vômitos biliares. O estado geral começa a melhorar.

21/11 — Foram retirados os pontos. Cicatrização boa. Vomita pequenas quantidades de bile. Alimenta-se bem.

23/11. — Vomitou só 2 vezes. Sigmoidostomia drenando mistura de fêzes e urina.

26/11. — Já não vomitava há 2 dias. Levantou-se sentindo-se bem.

5/12. — Continua bem.

BIBLIOGRAFIA

BRUNSCHWIG, A. — Complete excision of pelvic viscera for advanced carcinoma. Cancer. 1:177-183, 1948.

LAWSLEY, O. S. e LINS, E. E. — Transplantação uretero-intestinal. Medicina, Cirurgia e Farmácia, 152:697-718, 1948.

● Solução concentrada de gliceresesfatos "cerebrais": de sódio, de potássio e de magnésio.
● Leva as matérias minerais específicas indispensáveis a reconstituição e ao funcionamento da célula nervosa
**NÃO CONTEM ESTRICNINA
NEM ARSÊNICO
ESGOTAMENTO CEREBRAL. CON-
VALESCENÇA. NEURASTENIA.**



**Nevrosthénine
Freyssingé**

Gotas

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

Aproveite sempre o leite na sua alimentação, quer simples, quer como componente dos mais variados alimentos. — SNES.

A NOVA COMBINAÇÃO NO TRATAMENTO
DAS ÚLCERAS PÉPTICAS

HIDROCALBIN

SUSPENSÃO COLOIDAL DE

Aminoacetato de alumínio
(hidrato de alumínio•aminoácido)

representa uma inovação farmacológica no aproveitamento das bases alumínicas porque elimina seus dois efeitos secundários indesejáveis:

1) *a ação adstringente do alumínio:*

- pela estrutura particular da molécula “aminoacetato de alumínio”;
- por ter, em igualdade de dose, um menor teor de alumínio, compensado pela presença dos grupos amínicos antiácidos da glicocola;

2) *a ação irritante do cloreto de alumínio:*

- porque o cloreto de alumínio, o sal irritante que se forma no estômago com o ácido clorídrico e quaisquer bases alumínicas, encontrando-se em presença dos aminoácidos (Hidrocalbin) transforma-se em dicloroaminoacetato de alumínio, desprovido de ação irritante.

Apresentado sob duas formas:

Hidrocalbin S (*simples*)

Hidrocalbin A (antiespasmódico). (Nos casos de manifestações espásticas).

Hidrocalbin A não contém beladona mas um novo antiespasmódico — o benzil succinato de sódio — que não apresenta efeitos secundários.

Dose: 1 colher das de chá cada 3 horas. Pode ser tomado puro ou diluído em água ou leite.

LABORATÓRIO FARMACÊUTICO INTERNACIONAL S. A.
RUA JAGUARIBE, 649 FONE, 51-2779 — S. PAULO

Simpósio sobre tratamento cirúrgico da úlcera gástrica e duodenal *

Prof. Mario de Abreu

Catedrático de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná

1.ª Pergunta. — Com que frequência e com que indicações tem praticado a gastroenterostomia?

Não mais praticamos a gastroenterostomia desde 1939.

Intervenção de indicações muito amplas e praticada pela maior parte dos cirurgiões, há alguns anos, foi gradativamente sendo relegada e de uso cada vez mais restrito.

Três fatores principais restringiram a indicação da gastroenterostomia:

- a) Inconstância dos seus resultados tardios;
- b) Possibilidade com percentagem relativamente elevada, de úlcera péptica post-operatória;
- c) Aperfeiçoamento técnico da gastroduodenectomia parcial — baixa mortalidade imediata.

Deve ser totalmente abandonada nas úlceras gástricas, em razão de não favorecer a cura e em virtude de risco maior, deixar irreconhecida uma lesão cancerosa.

A gastroenterostomia é ainda praticada em alguns serviços cirúrgicos na úlcera do duodeno, inclusive na Mayo Clinic, conforme Eusterman Balfour — *The Stomach and Duodenum* — 1936 pg. 346-354. Posteriormente, depreende-se do trabalho de Gray H. K. e Shaps W. S. — Retencion gástrica consecutiva a gastroenterostomia posterior por úlcera duodenal — *Anales de Cirurgia* — vol. 5-409-1946, que naquela clínica não mais é praticada a gastroenterostomia, em todos os casos de úlcera duodenal, mas em geral, só nas lesões obstrutivas e agudas, nos indivíduos acima de 50 anos, com lesões orgânicas, cardíacas, pulmonares ou cerebrais. Por fim ainda perdura para alguns cirurgiões, a indicação nas úlceras do duodeno inextirpáveis e nas estenoses orgânicas do piloro, com comprometimento grave do estado geral.

* Respostas dadas às perguntas previamente formuladas no Simpósio da I Jornada Brasileira de Gastroenterologia, Rio, outubro de 1949.

Afastamos de nossa prática também essas indicações.

1) Nas úlceras do duodeno extirpáveis, a gastroenterostomia deixa persistir a lesão, com riscos de perfuração e mais frequentes de hemorragias. É comum na evolução posterior da gastroenterostomia reativações do processo ulceroso, provocando verdadeiras crises periódicas de sofrimento mais ou menos intensas, em virtude de nenhum processo de gastroenterostomia fazer passar exclusivamente pela neo-boca todo o conteúdo gástrico. Exige do doente, em regra, a continuação de rigoroso regime dietético. Acresce o risco de surgir a úlcera péptica post-operatória, complicação grave, cuja frequência é variável nas estatísticas, Balfour 3,26 %, Finsterer, 17 %, Moynihan 5 %. Da sua frequência não podemos avaliar pessoalmente. Reoperamos por úlcera péptica post-gastroenterostomia 10 casos, com uma morte, em doentes operados em outros serviços.

2) As úlceras do duodeno inextirpáveis são cada vez mais raras, a medida que se ganha em experiência, e quando nos vemos nessa contingência, preferimos a ressecção exclusiva à Finsterer.

Praticamos essa intervenção com conservação do piloro, seu maior inconveniente, em oito casos com resultados tardios, de dez e oito anos, excelentes.

A extirpação do piloro é, em geral, sempre possível, embora permaneça o fundo da úlcera, o que associado à ressecção muito ampla do estômago, não prejudica o resultado tardio.

Não executamos o descolamento sub-mucoso à Montenegro, porque nos parece implicar em maior risco operatório, sem oferecer diferença nos resultados tardios.

3) Quando o doente está em caquexia ou extremamente desnutrido por estenose do piloro ou então há associação de outras lesões orgânicas, ou idade avançada, ainda contra indicamos a gastroenterostomia, porque a gastrectomia parcial executada sob anestesia loco-regional, com método e manipulações suaves, desde que naturalmente, não haja acidentes operatórios, não determina choque e tem uma evolução post-operatória benigna.

2.ª Pergunta. — Com que frequência e com que indicações tem praticado a gastrectomia parcial?

Podemos assim resumir as indicações de tratamento nos vários tipos anatomo-clínicos da úlcera gástrica e duodenal.

1) Indicações formais de intervenção cirúrgica:

1) Fórmulas hemorrágicas:

a) brusca e intensa (repetida);

- b) lenta e intensa;
- c) pouca intensidade e frequente.
- 2) estenose do piloro:
 - a) constituída ou orgânica;
 - b) tipo espasmódico em crises frequentes, ou quando se esboça a organicidade da estenose.
- 3) Forma dolorosa permanente:
Quando bem verificada, alterando o estado geral e dificultando a alimentação.

II) Indicações discutíveis:

1) de solução cirúrgica:

- a) crises repetidas, com intervalos de repouso muito curtos.
- b) úlceras gástricas.

Atendendo-se nestas indicações os fatores: -

I) doente — tipo psíquico

- II) tipos de sofrimento
- | | |
|---|-------------------------------|
| { | digestivo
vômitos
dores |
|---|-------------------------------|

Sendo que b) — úlceras gástricas, deve estar sob mais rigorosa observação clínica devido ao risco de cancerização, 15% dos casos da nossa estatística, alias mais ou menos a percentagem indicada por vários cirurgiões, e por isso devem receber mais ampla indicação de ressecção gástrica.

2) — de solução médica: —

- a) crises suportáveis, com longos intervalos
- b) perturbações predominantemente digestivas, em tipos psíquicos instáveis.

A não ser os casos da indicação formal de tratamento cirúrgico, deve ser instituída a terapêutica médica. O tratamento médico da úlcera gastroduodenal será sempre a primeira terapêutica, não pela sua eficiência sistemática, mas pela tendência natural de determinadas úlceras, à cicatrização. Deve haver no entanto discernimento clínico para não insistir na mesma diretriz. O tempo deste tratamento não é o principal, mas sim o caso clínico, inclusive o tipo psicomático do doente, a localização do processo ulceroso, sua própria evolução e complicações.

Decidida a solução cirúrgica, a intervenção de escolha pela maior constância em seus resultados tardios, é a gastroduodenoectomia parcial, ampla, com ressecção de pelo menos dois terços do estômago (ligadura alta da coronária — ressecção quase total da pequena curvatura e ressecção ao nível dos vasos curtos inferiores da grande curvatura). As ressecções pouco amplas são

compatíveis com resultados isolados excelentes, mas em conjunto, determinam percentagem elevada de maus resultados e expõem com mais frequência a úlcera péptica post-operatória.

3.ª Pergunta. — Têm os seus gastrectomizados desenvolvido anemia?

A anemia é uma das consequências mais importantes e de alcance imprevisível da gastrectomia sub-total ou ampla.

E' assunto de nossa pesquisa atual para criarmos uma noção mais objetiva. Em 30 doentes examinados posteriormente à operação, 13,4%, tinham uma anemia do tipo hipocitemico, hipocromico, normocitico, mas talvez essa percentagem seja mais elevada se examinarmos maior número de operados. E' comum se observar o gastrectomizado, magro e ligeiramente pálido, embora disposto e por isso vem indagar, porque assim se conserva, apesar de se alimentar bem. Esta anemia de aparência benigna, não se modifica com a medicação anti-anemica, ou apresenta apenas uma melhora transitória. Não observamos casos de anemia pernicioso como os há relatado na literatura, mas temos um caso numa doente colestectomizada anteriormente, e após a gastrectomia sub-total em 1942 desenvolveu uma anemia do tipo hipocitemico, hipocromico e normocitico rebelde a toda medicação, sempre se agravando paulatinamente, e constitue uma enfermidade que invalida a doente em sua atividade de religiosa.

Temos visto, sem poder afirmar a sua percentagem, doentes que após poucos meses da intervenção, fazem um quadro clínico e hematológico de anemia, com cansaço geral, para em seguida se corrigir, permanecendo ou não o quadro hematológico, sem sintomas gerais.

4.ª Pergunta. — Qual a sua opinião sobre o chamado "dumping syndrome"?

A "dumping syndrome" ou síndrome do esvaziamento rápido como a descreveram Custer M. D., Butt H. R. e Waugh J. M. — *Anales de Cirurgia* 5-422-1946.

a) profundo estado nauseoso e de prostração; b) sensação generalizada e desagradável de calor em todo o corpo; c) diaforese fria do rosto em particular da frente; d) palpitações cardíacas, não foi por nós observada com esse aspecto típico. Conforme esses autores em revisão de 500 casos da Mayo Clinic encontraram 28 casos, 5,6% sendo 12 leves, 10 graves e 6 incapacitados e noutra série de 112 casos de intensidade variável notaram 14 casos, 12,5%.

Esta observação faz crer em síndrome relativamente frequente, por isso difícil de nos passar despercebida tanto mais que a conhecíamos do tempo de sua publicação.

Numa percentagem pouco variável de 15% dos gastrectomizados sub-totais com indicação precisa, isto é, existência da lesão e não existência de outra lesão abdominal evidente, encontramos perturbações digestivas assinaláveis pelos próprios doentes, servindo de motivos de queixas e variando de intensidade e de tempo. Dentre essas perturbações as mais frequentes são náuseas, sensação de vazio no epigástrico e vômitos biliosos em jejum ou post-alimentares, sem retorno dos alimentos, constituindo, por vezes, incômodos reais que perturbam a vida do doente e se prolongam no tempo. Em referência a estes sintomas principalmente aos vômitos biliosos, de todos o mais desagradável e duradouro, procuramos verificar a sua presença em relação a fatores técnicos de execução: a) Hoffmeister-Finsterer; b) anastomoses ante-cólica ou retro-cólica; c) refluxo da alça aferente; d) passagem rápida pela boca anastomótica.

A nossa pesquisa não pôde chegar a resultados concludentes. Doentes em que havíamos executado a técnica de Hoffmeister-Finsterer tinham esvaziamento rápido, refluxo da alça aferente e passavam perfeitamente bem. Outros, com a técnica Reichel-Polya e que tinham queixas digestivas, inclusive vômitos biliosos e sensação de vazio epigástrico não faziam esvaziamento muito rápido e não tinham refluxo da alça aferente. Quando executamos inicialmente, a anastomose ante-cólica numa primeira série de 20 casos notamos que os vômitos biliosos não existiam e supusemos que esse tipo de anastomose era um fator favorável. Mas atualmente essa nossa primeira impressão está modificada pois, também temos visto, doentes que se queixam das mesmas perturbações. A nós parece, sem de modo algum ser conclusivo que as modificações técnicas variadas não alteram essas perturbações, que constituem, na realidade, um handicap da ressecção gástrica em função do fator adaptação-doente.

Julgamos na apreciação dessas perturbações post-operatórias, fator de primacial importância, o estado psíquico do doente, temporário, determinado pela própria doença e constitucional, influenciado pela doença e outros fatores. É de observação corrente que os melhores resultados se obtêm nos doentes que sofreram muito, o tipo doloroso ou os de estenose, que não podiam se alimentar, por poderem estabelecer o paralelo, com o seu estado anterior à operação, e verificando as vantagens obtidas voltam ao seu tônus normal dominando rapidamente as pequenas perturbações digestivas. O mesmo não sucede com os tipos psíquicos instáveis, de sofrimento anterior curto ou pouco intenso. Estes prolongam, em geral, as suas queixas em tempo, intensidade e variabilidade, tornando-se difícil apreciar o real aproveitamento da intervenção. Se nós conduzirmos o interrogatório, podemos fazê-los sentir até mesmo à nossa própria maneira.

5.ª Pergunta. — Com que frequência tem encontrado gastrite ou duodenite nas peças ressecadas?

A nossa impressão pessoal é que, a gastrite se associa sempre à úlcera do estômago e duodeno, temporária ou permanentemente.

Em determinadas fases correspondendo, talvez, ao período clínico assintomático pôde não existir gastrite aparente, mas, no período de reativação ou de infecção peri-ulcerosa, os sinais de gastrite tornam-se evidentes. A sua extensão e intensidade está sendo motivo de estudo nosso pormenorizado desde algum tempo, e o seu número é insuficiente para qualquer dedução, por isso só podemos enumerar as percentagens globais.

De nossas ressecções por úlcera de duodeno, em número de 247 foram examinadas no Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Paraná, 121, e destas em 98 foram encontrados sinais histo-patológicos de gastrite crônica hipertrófica. o que perfaz 80,9%.

Ressecções por úlcera do duodeno	247
Peças examinadas	121
Gastrite crônica hipertrófica	98
Percentagem	80,9%.

6.ª Pergunta. — Nos casos agudos de perfuração em peritôneo livre tem praticado a gastrectomia?

Não consideramos deva ser a gastrectomia parcial a intervenção mais indicada nas perfurações agudas em peritônio livre. Em nossa série de 30 casos fizemos a sutura simples da perfuração com epiplooplastia e destas praticamos gastrectomia parcial secundária em cinco casos por persistência de sofrimentos. Julgamos possa ser realizada a gastrectomia parcial primitiva em condições muito particulares, poucas horas passadas da perfuração, (talvez até a quarta hora), estômago vazio, bom estado geral, cirurgião habilitado a esse tipo de cirurgia. Afóra estas particularidades, na prática pouco comuns, parece-nos de risco desproporcionado, acrescentando-se dois fatores muito importantes:

a) 50% das úlceras que perfuram são de evolução aguda, do tipo das que tem espontânea tendência a cicatrização e são doentes que podem vir a ter intervalos muito longos sem sofrimento, ou não mais sentirem perturbações.

b) a gastrectomia parcial secundária oferece por todas as razões, verificação da necessidade da operação, preparo físico e psíquico do doente, nenhuma infecção pré-existente, muito maior segurança em seus resultados imediatos e tardios.

7.^a Pergunta. — *Haverá alguma relação entre a extensão da bôca anastomótica, após gastrectomia, e o chamado "Dumping syndrome"?*

O chamado "dumping syndrome" descrito por Custer, Butt e Waugh e seus sintomas cardinais, não foi por nós observado, principalmente em suas formas mais graves.

Podemos afirmar não haver realação entre os doentes que apresentam queixas após a gastrectomia parcial, e a extensão da bôca anastomótica ou esvaziamento rápido do coto gástrico. A nossa pesquisa foi feita em mais de 150 doentes gastrectomizados por séries consecutivas ou em períodos variáveis e sistematicamente nos que denunciavam perturbações várias. Não pudemos encontrar nenhuma relação entre o esvaziamento rápido e a sensação de vazio epigástrico ou vomitos biliosos.

Em nossos doentes foi a observação mais frequente, o esvaziamento rápido do que o lento ou retardado, sem que no entanto tivéssemos notado diferença nos resultados. Tanto num como noutro caso havia os que se queixavam e os que passavam perfeitamente bem.

As nossas observações nada têm de comum com as assinalladas por Portes H. W. e Claman Z. B — *Anales de Cirurgia* — vol. 8-465-1949, e sempre notamos que o esvaziamento se faz por deslizamento através das paredes do coto gástrico e jejuno e nunca de chofre sôbre este último, Jejunite, evidente radiológicamente, observamos cinco casos mas sem sintomas que pudessem caracterizar um "dumping syndrome".

8.^a Pergunta. — *A gastrectomia será uma resposta definitiva no tratamento cirúrgico da úlcera duodenal?*

Definitiva seria afirmação ousada, diante dos fatos demonstrados pela evolução hodierna da cirurgia. Sob ponto de vista filosófico, se assim nos podemos exprimir, dá-nos a impressão de um ato operatório desproporcionado com o tamanho da lesão e eventualmente com seu aspecto exterior, embora não o seja, muitas vêzes, com os sofrimentos que determina. Parece-nos, no entanto, ser, para os casos que exigem solução cirúrgica, o tipo de intervenção, no momento atual, mais constante em seus resultados, embora possa apresentar inconvenientes.

9.^a Pergunta. — *Não será prejudicial uma ressecção larga, mesmo quando se trata de uma úlcera duodenal sem sinais de gastrite?*

A úlcera do duodeno só deve receber indicação cirúrgica de tratamento, quando os seus sintomas são intoleráveis pelo doente e não se modificam pela terapêutica médica racional. Esta não

será guiada pelo tempo, mas sim, pela existência de complicações eventuais do processo ulceroso, hemorragias, estenoses e perfurações e pelos sintomas gerais. A grande maioria das úlceras duodenais tem uma natural tendência à cicatrização, e acreditamos sejam muitas vezes, a causa dessas perturbações dispepticas dolorosas, perdurando alguns dias e que passam quasi desapercebidas. Porém, se bem refletida a decisão, analisados o doente e a doença, chega-se à conclusão de indicar o tratamento cirúrgico, então, a intervenção a ser praticada, deve ser a gastroduodenotomia parcial ampla. As gastroduodenostomia e a ressecção econômica podem ser mais prejudiciais do que úteis, e condicionar elementos anatomicos e funcionais mais graves do que a doença primitiva.

10.ª Pergunta. — Que pensa da gastrectomia por exclusão no tratamento da úlcera gastro-duodenal?

A ressecção exclusão a Finsterer, com conservação do piloro, nas úlceras inextirpáveis do duodeno, é uma contingência cirúrgica, preferível pelos seus resultados à retirada à "outrance" da lesão, ou gastroduodenostomia.

Praticamos essa operação típica em oito casos, todos seguidos de vários anos, e passam perfeitamente bem, sem nenhum sintoma. Porém, e há razões irrefutáveis na literatura, acreditamos no inconveniente da conservação do piloro, e este quasi sempre é possível ser extirpado, mesmo que permaneça o fundo da úlcera.

Nestes casos a evolução post-operatória remota tem-nos parecido idêntica aos casos em que a úlcera é extirpada. Já foi objeto de nossa pesquisa relacionar, entre os doentes queixosos, os que por ventura, não tinham tido suas úlceras totalmente extirpadas por este ou aquele motivo, mas, sempre tendo sido extirpado o piloro, e pudemos verificar, que este fator, de modo algum influe nas perturbações assinaladas.

11.ª Pergunta. — Acha que a úlcera gástrica deva ser sistematicamente operada?

A nossa impressão é de que a úlcera gástrica, ou seja pela sua natureza, ou seja pela sua sede, é um tipo de evolução anatomo-clínico diferente da úlcera duodenal. Enquanto esta é muito frequente e tem tendência espontânea à cicatrização, a úlcera do estômago tem tendência destrutiva e à cronicidade. Além disso, é excepcional a cancerização da úlcera do duodeno, é quasi uma presunção clínica inexistente, enquanto que nas úlceras gástricas a percentagem é muito elevada.

Dos nossos doentes operados com diagnóstico de úlcera no estômago, numa série de 100 casos (1939-1949), em 15%, o

exame anatomo-patológico encontrou, lesões degenerativas carcinomatosas.

Trabalho recente da Lahey Clinic mostra que em 131 casos de úlcera no estômago, o exame anatomo-patológico revelou carcinoma em 26, isto é 19,8%. Marshall S. F. and Welch M. L. — Treatment for Gastric Ulcer — J. A. M. A. 1948-136-748. — Int. Abst. of Surgery 87-346-1948.

A forma ulcero-cancer no conjunto das formas de cancer do estômago, é bastante encontradica, quando se opera por cancer, o que faz pensar, que realmente, a degeneração ou enxertia carcinomatosa na úlcera do estômago está longe de ser rara.

Em virtude disso a nossa observação pessoal é favorável à indicação cirúrgica nas úlceras gástricas.

Temos por norma, exigir rigoroso controle médico, e desde que os tests clínico e radiológico não indiquem completa e nítida regressão do processo ulceroso, em prazo de duas ou três semanas, a indicação cirúrgica é formal.

12.^a Pergunta. — Observa diferença na evolução post-operatória imediata e remota, nas anastomoses ante-cólica e retro-cólica? Faz enteroanastomose?

Praticávamos sistematicamente anastomoses transesocólica posterior com alça curta, acreditando nas suas vantagens imediatas, decurso post-operatório benigno, evacuação da alça e da anastomose muito faceis, funcionamento tardio normal, em sede anatômica mais normal. Lentamente iniciámos a execução da anastomose ante-cólica com prudência, sem enteroanastomose, mais ou menos a 30 cms. do ângulo duodeno jejunal, sendo mais fácil de técnica e mais rápida, por dispensar o tempo de fixação da brecha mesocólica ao coto gástrico, o que representa uma vantagem.

Às primeiras, notámos no terceiro e quarto dia post-operatório vômitos biliosos abundante, com temperatura elevada, que atribuímos à retenção na alça aferente, o que nos fez recuar. Atualmente fizemos anastomose ante-cólicas em 50 casos consecutivos e nenhuma diferença notável no post-operatório imediato percebemos em relação às anastomoses retro-cólicas.

Também quanto aos resultados tardios, pareceu-nos nos 20 primeiros casos, que os vômitos eram menos frequentes, pois não os havíamos observado. Porém, na continuação fomos notando a sua presença e analisados os seus resultados, não nos parece haja diferença em comparação com a retro-cólica. Mesmo na observação radiológica, observa-se o mesmo aspecto no funcionamento da hõca anastomótica, com esvaziamento rápido ou retardado, podendo ou não ter refluxo da alça aferente. A nossa conclusão atual é que a evolução das anastomoses anterior e poste-

rior são idênticas, oferecendo a ante-cólica mais facilidade técnica de execução e também mais fácil acesso na eventualidade de reintervenção.

13.ª Pergunta. — Prática anastomose tipo Reichel-Polya ou Hoffmeister-Finsterer? Observou vantagens de um ou outro método?

Praticamos habitualmente anastomose do tipo Reichel-Polya, mas já executamos uma série seguida do tipo Hoffmeister-Finsterer, afim de julgar dos seus resultados, principalmente tardios. As nossas observações clínica e radiológica, mostraram resultados em todo semelhantes nos dois tipos de técnica, sem podermos ter notado vantagens reais de um e outro. Nota-se com mais frequência trânsito retardado no Hoffmeister-Finsterer, mas havendo, por vezes, refluxo na alça aferente, sem no entanto implicar na ausência ou presença de perturbações acusadas pelo doente.

Não estabelecemos percentagens por termos tido essa impressão global de que, tanto numa como noutra técnicas, o funcionamento da boca anastomótica tem as mesmas variações.

14.ª Pergunta. — Tem o fator anestesia influência nos resultados imediatos na gastrectomia parcial?

Utilizamos de preferência a anestesia loco regional e sob esta anestesia executamos a mór parte das nossas gastrectomias parciais. Oferece várias vantagens:

E' suficiente e perfeitamente tolerável, desde que não se prolongue demasiado o ato operatorio;

Não predispõe ao choque operatorio;

Exige do cirurgião manobras sem tração, nem gestos bruscos;

E' a de melhor indicação nos doentes intensamente desnutridos, o que é frequente no nosso meio;

E' a mais adequada nos indivíduos idosos com taras vasculares e pulmonares;

E' o tipo de anestesia mais indicado, e em certas circunstâncias, a única compatível com determinados casos.

A sua maior desvantagem é nos indivíduos de temperamento excitável e pouco confiantes, que perturbam o ato operatorio.

Temos usado com mais frequência, nestes últimos anos, a anestesia geral, ciclopropano e eter, em circuito fechado, com ou sem intubação, nos doentes que não haja contra indicação de ordem geral.

Neste tipo de anestesia geral, como na loco-regional, o decurso operatorio, se não houver acidentes operatorios, não sofre alteração sensível cardio-vascular e respiratório. Não guardamos no entanto esta mesma impressão no post-operatorio imediato.

Com anestesia geral, o abatimento geral nas primeiras 24 horas é, por vêzes, mais acentuado e exige com mais frequência medicação anti-choque.

As complicações pulmonares são de observação mais comuns, do tipo bronquite com broncoplegia, facilitado pela defesa do doente ao acesso de tosse, por despertar dôres, é verdade que em geral dominada em suas consequências pela penicilina e se necessário oxigênio. Com anestesia geral tivemos um caso de atelectasia pulmonar mais grave, que perturbou o post-operatório.

Com anestesia loco-regional, operando uma alta percentagem de doentes em muito más condições gerais, por deficiências nutritivas, pela idade e por taras cardíacas e pulmonares, nunca tivemos complicações pulmonares que requeressem maiores cuidados.

Julgamos a anestesia loco-regional a que deva ser usada de preferência e de mais amplas indicações.

A anestesia geral, em circuito fechado, é sem maiores consequências, com os recursos atuais, desde que não haja contra-indicação de ordem geral.

Enderêço: Rua José Loureiro, Curitiba

TRATAMENTO ELETIVO DOS ECZEMAS E DAS FORMAS EXSUDATIVAS E PRURI- GINOSAS DAS MOLÉSTIAS CUTÂNEAS

USO ENDOVENOSO

ECZEMIL

INJETÁVEL

Uma ampôla em dias alternados, **(DESSENSIBILIZANTE)**
até uma ampôla nas 24 horas.

LABORATORIO "LUIZ PEREIRA BARRETTO"

ARNALDO LOPES
RUA ALVES GUIMARÃES, 630 — SÃO PAULO
Indústria Brasileira

**Comprovado poder
bactericida local!**



SULFA + MERCUROCROMO

**Ação antiséptica prolongada
SEM IRRITABILIDADE!**



Direção científica: Far. FAUSTO SPINA
Secção de Propaganda
PARQUE D. PEDRO II, 870-878
Tel. 3-5916 (Rêde interna)
SÃO PAULO

Ruy Barbosa e o médico *

Dr. Ruy dos Santos

Da Comissão de Comemorações do Centenário de Ruy

Ruy não teve pelas cousas de medicina apenas a curiosidade do estudioso. Foi, ao contrário, em toda sua vida, um preocupado com a nossa formação profissional. Já em 1882, no seu parecer sobre a reforma do ensino superior fazia prova disso ao pleitear melhor organização para o ensino médico. O seu substitutivo acrescentava as cadeiras de zoologia e anatomia comparada às admitidas no projeto. E dizia:

"Instituímos outrosim a cadeira de química analítica. A comissão acredita que esta idéia será das mais justificativas para o progresso da instrução do médico. A análise química que discrimina em cada substância os seus elementos constitutivos, determinando-lhes a natureza e as relações de proporção em cada composto, é a base da química cuja evolução deve ao aperfeiçoamento dos processos analíticos a grandeza do seu adiantamento nestes três quartos de século. Entretanto, os nossos médicos não estudam a química analítica, cuja extensão não permite lecionar-se essa disciplina no curso da química médica ou da química geral. Os clínicos, à cabeceira dos doentes, e até os professores nos trabalhos dos cursos experimentais, são obrigados, ordinariamente, a recorrer a algum especialista nesses estudos.

Ruy dividiu ainda em duas a cadeira de anatomia descritiva, na Escola do Rio, deixando ao Executivo a atribuição de estender à da Bahia idêntica providência, logo o número de inscrições o exigisse. Recomendou como cadeira distinta o ensino da Clínica de Crianças; admitiu o ensino da Clínica de Olhos "cuja indispensabilidade não pode sofrer contestação", como dizia. Propôs a elevação à condição de cadeira, a clínica Dermato-Sifilítica. E declara, mais adiante:

"E' um desideratum, cuja realização encaramos como da mais imperiosa urgência, o possuírmos uma cadeira de patologia e te-

* Trabalho publicado em comemoração do centenário do nascimento de Ruy Barbosa no "Estado da Bahia" de 5 de novembro de 1949.

rapêutica intertropicais. Enfermidades há, peculiarmente endêmicas em nosso País, e cujo funebre domínio se alarga de dia em dia, como o beri-beri, para não falarmos da febre amarela, sem que a experiência dos estudos europeus nos possa auxiliar, para o conhecimento da natureza desses males, com o subsídio estrangeiro de que, até hoje vive na máxima parte, em nossa terra, a medicina, balda, ordinariamente, de originalidade e iniciativa entre nós, pela ausência de estudos experimentais e especiais que a reforma se propõe a animar, colocando-os na primeira plana, como a mais vital necessidade da instrução em nossa Pátria".

Ruy era também pelo ensino prático. Defendia assim, no seu parecer, o estabelecimento de policlínicas e de institutos com essa finalidade. Propunha, por outro lado, a anexação das cadeiras técnicas de Farmacologia e Obstetricia, respectivamente, à de Farmácia e de Ginecologia. E declarava cheio de razão, a certa altura:

"Acrescentamos a oral e à escrita, a prova prática, que os regulamentos devem revestir da maior serenidade".

No seu parecer, cheio de conceitos de grande atualidade, repleto de indicação de falhas infelizmente ainda não sanadas, Ruy defende o preenchimento de catedras através concursos. Era pela seleção cuidadosa, tanto que dissera, a propósito da criação da cadeira de Clínica de Moléstias Tropicais:

"Estabelecê-la, provendo nela professores vulgares seria pior que não ter; pois, desse modo, imobilizaríamos nas mãos dos incapazes, por muitos anos, um instrumento de civilização, de ciência, de humanidade".

E aceitava o recrutamento do mestre, mesmo em terra estranha:

"E' aos homens da mais alta graduação na ciência, ainda que os vamos buscar fora do país, que pertence inaugurar, entre nós esse estudo, que fazemos votos por ver iniciado quanto antes".

As mesmas palavras usara quanto ao preenchimento de uma das cadeiras de clínica dentária, cuja criação sugerira:

"Para reger essa cadeira o governo nomeará ou contratará um prático de primeira ordem, ainda que não graduado nem habilitado nas nossas academias. E' evidente que, se queremos inaugurar com seriedade, como importa, o ensino dessa especialidade, não havemos de recorrer aos doutores formados nas nossas escolas, onde ela não existe. Convém procurar o melhor professor, onde o acharmos".

E' a tese, é a norma, é a patriótica iniciativa, sem o vesgo nacionalismo que anda por aí — mais filhotismo muita vez que

nacionalismo — e que permitiu a Universidade de São Paulo transformar-se no admirável centro de estudos de hoje.

Batia-se, de outra parte, pelo afastamento da política do preenchimento das cátedras:

“A vítima das paixões políticas neste pleito — foi em Recife — assumiria pois, uma significação excepcional de perseguição às idéias. Estas ganhariam, com a expoliação, o que ganham sempre, com ela, os perseguidos. O prejuízo, grave e irreparável, seria da autoridade pública, ofendida na sua honra pela suplantação do merecimento”.

E concluiu pensando o que seria o ensino superior:

“Constituído em ninhada dos borrachos felizes, que a aza das camarilhas maternamente abriga contra as intempéries severas da concorrência na luta pela vida”.

O Ruy entretanto que assim se batia tão bravamente pelo bom provimento das cátedras, defendia em novembro de 98, um justo salário para o lente de Medicina. Como se cogitasse em artigo da lei anual, de revogar o dispositivo de adicionais em vigor para os catedráticos, saía em campo, pondo por terra a justificação apresentada:

“Mas o interesse do Estado era que os não exercesse, e se a precisão, a parcimônia dos recursos ganhos ao Tesouro, os obriga a exercê-los, quanto menor for a escala em que o façam, quanto mais se puderem entregar ao ensino, quanto menor houverem de subtrair em tempo e estudo a êle, para buscar o pão noutros mistérios, mais aproveitará o bem público, empenhado em que o lente seja lente antes de tudo”.

O mesmo ainda agora, meio século vencido, teria Ruy que dizer, clamando, clamando sempre, esforçando-se pelo tempo integral à cadeira, como à pesquisa, até hoje não obtido nesta contraditória, resistente peiada mentalidade brasileira. E prosseguia:

“Melhor será eliminar o ensino que pagá-lo vilmente; porque, quando êle se cota a esse preço, não o encontrará que o dê senão entre nulidades, sem consciência, charlatães e sinecuristas que se estipendiarão, para professar a ignorância nas lições e corromper a mocidade com o exemplo”.

Mas esse Ruy atual, preciso, oportuno soube compreender também a necessidade de distinção entre medicina-profissão e medicina-cultura. E' o que se sente de toda a sua obra, mormente no estudo que fez de Osvaldo Cruz. Realmente, o estudo médico não pode continuar preso à contingência de formar apenas doutores; é preciso formar técnicos, pesquisadores. Aqueles saem da Faculdade olhos voltados para si mesmos, para o seu inte-

rêsse, para o seu imediatismo; estes para o serviço da ciência. O aluno que deixa os anfiteatros e toma o caminho das enfermarias tem apenas consigo, na maioria dos casos, a preocupação da especialização mais bonita ou mais rendosa. Somos quasi todos profissionais que deixamos as Academias, nos servindo da ciência, mas não a seu serviço. Mas, a assim ser, não teremos uma ciência brasileira, não teremos jamais nacionalizado a ciência médica no Brasil, como acreditára Oscar Freire e tivesse feito Osvaldo Cruz. Isto só será possível com a experimentação que Ruy Barbosa desejava desde o seu parecer referido quando também só admitia tese "sobre assunto novo ou tratado de um modo novo". O artigo 34 do seu substitutivo diz:

"Sempre que o julgar conveniente, qualquer das Faculdades indicará ao govêrno um lente, a quem se confie a comissão de proceder a investigações científicas no Brasil, aprofundar nos países estrangeiros os melhores métodos de ensino, estudar moléstias ou ciências determinadas, examinar as instituições e estabelecimentos médicos entre as nações mais adiantadas".

Seia assim, com o maior dos entusiasmos, quem ao fazer o elogio de Osvaldo Cruz e se referindo à sua escola, diria que ela era "a verdadeira Faculdade, a Faculdade de Medicina Experimental, mãe de sábios ilustres, mãe dos nossos mais beneméritos investigadores".

* * *

O começo do ano de 1893 seria a agitação para os meios médicos do Rio de Janeiro. A quietude e a discreção profissionais seriam perturbadas, de uma hora para outra, pelo anúncio de um médico de senhoras, elegante e relacionado:

"O Dr. Abel Parente, parteiro e especialista em moléstias de senhoras, previne aos seus clientes e colégas que só aplica a sua descoberta de prevenir para sempre a concepção nos seguintes casos:

- 1.º — Quando a mulher correr perigo de vida no parto.
- 2.º — Nos casos de moléstia uterina.
- 3.º — Doenças do coração e pulmão.
- 4.º — Nos casos de loucura, provocada ou agravada pela gestação, aborto, parto e aleitamento.
- 5.º — Tumores abdominais.
- 6.º — Sempre que se tratar de gerar uma prole, à qual seria inevitável a transmissão hereditária de moléstias graves.
- 7.º — Sempre que pais idosos, nevropátas, alcoólicos, sifilíticos, caquéticos não querem obter uma prole degenerada, raquítica e escrofulosa.
- 8.º — Enfim, nos casos de anemia profunda e miséria.

O autor roga não confundir a sua descoberta com os meios empregados para provocar o abôrto, com as fraudes conjugais e a castração. Declara, outrosim, que só atende a doentes da sua especialidade:

- Partos.
- Moléstias dos ovários.
- Moléstias uterinas.
- Cólicas uterinas.
- Hemorragias uterinas.
- Flôres brancas.

Rua dos Ourives, 151. — Consultas das 2 às 4.

As matronas leram aquilo arrepiadas. Os velhos clínicos sentiram ferida a ética profissional. Não deve mesmo ter faltado algum monarquista para atribuir a inovação a coisas da jovem república. A imprensa tinha um prato que tocara o paladar do leitor. A repercussão foi tal que o dr. Viveiros de Castro, 1.º Promotor Público do Distrito Federal, requereu se fizesse uma inquirição policial “indicando se ouvissem, ao mesmo tempo, alguns especialistas e também o professor de medicina legal”, sem que nada se apurasse de punível, embora.

O autor do original “invento”, de tal modo se sentiu coagido pela opinião pública e alarmado com as providências da Promotoria, que resolveu requerer ao Diretor Geral da Diretoria Sanitária do Distrito Federal, se podia “continuar a publicar os anúncios na forma porque tinha feito”. E o despacho da autoridade foi o seguinte:

“Não há que deferir. Sendo o suplicante profissional diplomado e portanto considerado oficialmente idôneo para exercer a medicina nos seus múltiplos ramos; por outro lado, não constando a esta Diretoria que o tratamento empregado tenha dado ocasião de acidentes que o tornem prejudicial à saúde pública, justificadores da intervenção ex-offício da autoridade sanitária, e notando-se nos anúncios a louvável preocupação de precisar indicações, sem que mais se possam ver nelas que um recurso para atrair clientela, análogo a tantos outros de que em todos os tempos se tem lançado mão nesta Capital, declaro que o suplicante no exercício de sua profissão não está transgredindo os termos da lei. — Rio, 6 de fevereiro de 1893. — Francisco de Castro.

Com ele, porém, não se conformaram muitos. Velhos clínicos continuavam no campo que chamariam de defesa da profissão. A imprensa refletindo a opinião pública, ouvia a este e aquele, recolhia este e aquele pensamento. O “País” chamou mesmo a autoridade sanitária a novos esclarecimentos. E essa autoridade que era Francisco de Castro, o grande Francisco de Castro, manda uma carta a Ruy Barbosa:

"Remeto-lhe dois pedaços de "Jornal" onde se contem os elementos que esclarecem a questão A. P., sôbre a qual desejo a lição que há dias lhe pedi.

Sustendo o meu despácho, diligenciarei provar que no "anúncio" nada há de "criminoso", nem ofensivo à moral; por outra parte, desenvolverei o lado técnico das "indicações" e contra-indicações da esterilização.

Peço ao meu bom amigo que desenvolva os dois primeiros itens e eu não farei senão copiar".

Ruy Barbosa ia entrar na pendenga. A essa época ainda não eram muito estreitas suas relações com Francisco de Castro. A carta que este lhe mandava, ao contrário de tantas outras que viriam anos depois, não tinham a intimidade de "comprade" apenas "prezadíssimo amigo sr. Conselheiro".

E numa carta, numa longa carta ao redator do "O País", Francisco de Castro desdobraria os motivos de seu despacho, em quatro itens: um sôbre o aborto criminoso; outro sôbre "castração, mutilação, lesões corporais", um terceiro sôbre "moral pública" e um quarto sôbre "indicações científicas", em verdade dos itens dos "provarei" da carta de Francisco de Castro. A impressão que me fica, porém, é que só o último item seria desenvolvido pelo grande clínico e esplêndido homem de letras.

O excesso tão a gosto de Ruy. A linguagem de Ruy. Essa impressão também a de vários ruistas com quem conversei a respeito. E conclui a resposta a dois, que o

"processo do dr. Abel Parente;

- não envolve elemento de criminalidade;
- não atenta contra os bons costumes, pelo contrário consulta princípios de moralidade;
- não descreve, antes respeita e acautela o teorema econômico do desenvolvimento da população;
- nenhum fato positivo, individual como se requer em matéria de prova, desabona a sua eficácia;
- nada tem de comum com os recursos empregados nas fraudes conjugais, falíveis muitas vezes no seu objetivo, e sempre deletérios nas consequências;
- não ocasiona estado mórbido de nenhum gênero;
- obedece as numerosas indicações de ordem profilática, médica e ginecológica".

O debate proseguiria porém. O dr. Souza Lima, professor de Medicina Legal, saíria em campo para indicar "Erros crassos" nas alegações da dupla. Francisco de Castro voltaria, dessa vez pelo "Jornal do Comércio", replicando ao seu "ilustre mestre" em "matéria que leciona há perto de vinte anos", que se arvora a falar "em nome da classe médica" e da "sociedade fluminense".

Do debate científico ficou-lhe a certeza de que bem mais seguro que o legista esteve o Diretor dos Serviços Sanitários; no mais, a convicção de que, de mais longe, vem a necessidade da "Ordem dos Médicos" disciplinadora, reguladora, norteadora, codificadora das normas que igualmente a todos nós deve conduzir.

Há na defesa de Francisco Castro entretanto, nos seus primeiros capítulos esses trechos:

"Averbar pois, de crime tentativas ensaiadas neste sentido, quando elas forem raxiáveis, conscienciosas, notoriamente inofensivas, cientificamente verificáveis, é que será desconhecer (permitam-me o qualificativo) criminosamente, a verdadeira moral da medicina, ciência que seria, ainda hoje, um acervo embrionário de erros, se há muitos séculos não tivesse contado sempre, no seu grêmio, consciências destemidas, para romperem com os ídolos poderosos e solenes da tradição servil, apoiados habitualmente nas preocupações estéreis de uma falsa moralidade, ou de um falso saber". E mais diante:

"Entre a mulher, fadada por incapacidades funcionais ou defeitos orgânicos a morte ou a miséria na maternidade, e a medicina, obrigada pela vocação do seu gênio e do seu papel a atenuar ou a eliminar do destino humano, na escala do possível, os sofrimentos físicos, as causas de degradação, as oportunidades de morte, a lei não têm direito de levantar obstáculos, inspirados no obscurantismo ou na rotina".

De quem essas palavras? de Francisco de Castro ou de Ruy? Deste certamente. Francisco de Castro copiara apenas. Essa a medicina como a via e como a queria o gênio.

* * *

Muita gente tem estranhado que, de Ruy, só exista, de crítica ao projeto de Código Civil célebre parecer chamado gramatical ou linguístico, que deu margem à celebrizada polêmica do discípulo com o seu admirável mestre, que foi Carneiro Ribeiro. Em conferência pronunciada recentemente procurou o prof. Santiago Dantas justificar a tática de Ruy, orientado no sentido de impressionar a opinião pública em quadra aurea do florescimento das letras no Brasil. O grande baiano deixou entretanto um parecer à parte geral do Código ainda não publicado e que é uma cachoeira de erudição, um entrançado lógico de que dificilmente se pode sair. O comentário de Ruy à discutida expressão "loucos de todo gênero", custa acreditar tenha saído da pena de um bacharel, mesmo um jurista. Nina Rodrigues já destacara o "concurso que prestam ao direito moderno a biologia em geral e a medicina em particular".

Mas as páginas de Ruy, inteiramente precisas à época em que foram escritas, março a abril de 1905, fariam honra a qualquer cientista que tivesse o trato diário da psiquiatria forense. Ruy comentaria:

"Estudando as condições ditadas pela ciência em matéria de interdição, um dos mais abalisados especialistas no assunto exige: 1.º, que a moléstia não se revele meramente por indícios mais ou menos passageiros de transtorno mental, 2.º, que o estado mórbido mental constitua a maneira de ser habitual, a manifestação ordinária da dinâmica psíquica no inter-dizendo, ainda que a enfermidade não seja absolutamente contínua, diuturna e insanável; 3.º, que esse estado habitual, por afecção congênita ou adquirida, primária ou secundária, idiopática ou simpática, do cérebro, altera de tal modo as funções à sensibilidade, à percepção, à consciência, ao entendimento à vontade que o indivíduo se mostra; a) dissimilhante do comum dos homens, ou diverso do que primeiramente era; b) inábil para acudir aos próprios interesses, como faria, se raciocinasse, e tivesse idoneidade para corresponder ao seu destino social.

Formula o prof. Zilinc estas normas em relação às moléstias próprias assim nomeadas. Mas todas elas se aplicam às outras enfermidades mentais, sobre que discorriamos há pouco, desde o idiotismo e a imbecilidade até a essa debilidade ou fraqueza mental, considerada como fundamento ora à inabilitação, ora à interdição nos melhores códigos civis modernos".

E mais adiante:

"Tomemos agora, espécie por espécie as diferentes psicopatias. Na excitação psico-maniaca, períodos há aí ainda extremos de idéias delirantes. Bastará em tais casos a inabilitação. A mania, em que falha no paciente a consequência dos seus atos e a liberdade moral de eleição, pode ser transitória, ou crônica. Só em assumindo esse caráter se torna forçosa a interdição. Na paralisia geral sucede a excitação congestiva, a depressão melancólica e a esta a demência. Com a primeira fase ainda não se impõe a interdição. Com a segunda se imporá, se as idéias hipocondriacas levarem o indivíduo a perpetração de atos malfazejos. Na terceira, força é que seja interdito, bastando ordinariamente que se inabilite nas duas anteriores. Na loucura circular onde a mania aguda, a melancolia com estupor e as vezes o regresso ao equilíbrio normal se seguem e renovam um ciclo iterativo. Inevitável será sempre a interdição. A epilepsia e a loucura epiléptica com a sua violenta excitabilidade nervosa, a sua impulsividade excessiva, as suas alterações da personalidade podem gerar graves desordens no entendimento, mutações profundas no caráter, que inabilitem a pessoa a se reger. Variando porém enormemente as suas manifestações ora exigirão a medida radical, ora intermédia, ora mera nevrose compatível com a discreção e a liberdade, excusando inteiramente a assistência curatelar". Depois:

"No fundo vário da paranoia sobresaem a princípio as excentricidades, as alucinações, as tendências viciosas, depois os de-

lirios na sua diversissima escala: o da grandeza, o da perseguição, o da religiosidade, o do erotismo, o querulo, o agitador. Sua excênica, porém, consiste numa perversão, ou num desvio, uma e outro permanentes da inteligência, não raro vivaz mas aberrativa no raciocínio e por vèzes, transitoriamente delirante. E' uma forma constitucional crônica da psicose, cuja influência pode induzir o paciente ao malbarato de seus haveres. Mas a inteligência não se lhe rarafaz a tal ponto que o torne absolutamente incapaz. Impressionável, dissipado, aventureiro, visionário, provocador ri-xoso, não está contudo o paranoico, em regra nas condições de sofrer a privação total do exercício dos direitos civis, porque de muitos deles poderá usar inofensivamente. Quando não degenerem, pois, assumindo a expressão de mono-delírio grave, os casos de paranoia se resolverão ordinariamente pela simples inabilitação do enfeemo.

A decomposição da personalidade para nos servir da linguagem corrente na psiquiatria, muitas vèzes se traduz nos delírios sistematizados, expressão ampla sôbre a qual se incluem, enca-radas agora como puros sintomas as manias outrora considera-das como entidades nosológicas independentes. Nessas aberrações mentais só o exame particular da alienação em cada espécie deixará ver onde cabe a impossibilidade absoluta de exercer os direitos civis, onde tão somente a privação limitada a alguns. Só a gravidade assumida pelo mal e os seus efeitos com relação com os interesses econômicos ou civis no enfermo darão a ver sem arbitrio, onde cabe interdize-lo onde simplesmente inabiá-lo para certos generos de atos. Cumprirá, todavia, aqui não perder ja-mais de vista, que, nos delírios sistematizados, a condição doen-tia do individuo não é parcial senão aparentemente. O delírio circumscreve-se a uma dada ordem de idéias e sentimentos. Mas a personalidade entrou em decomposição. De ordinário será di-fícil precisar até onde a moléstia a interessa. Quem realmente devassaria a consciência a um delirante de forma parcial, verifi-cando ali a que ponto se dilate ou possa dilatar-se a enfermidade, sôbre a sua aparência de limitada? Ao alienista entretanto com-pete avaliar a extensão da psicopatia, na sua influência calculá-vel sôbre a aptidão intelectual e moral do individuo para dirigir a sua pessoa e administrar-lhe os interesses. Nas manifestações menos adiantadas bastará para os acautelar a inabilitação, che-gando-se a interdição mais tarde se fôr mister".

E é com pena que fico somente nestes períodos de Rui, jus-tificadores da emenda que propos ao inciso II do artigo 5.º do projeto. Ao invés de "os loucos de todos os generos" preferia:

"Os indivíduos que por enfermidade mental não passageira de sua natureza não tiverem o discernimento de seus atos ou a livre disposição de sua vontade para cuidar utilmente dos pró-prios interesses".

Mas não seria outra a crítica feita ao dispositivo por um médico — médico legista — e do porte de Nina Rodrigues, o grande mestre da Faculdade da Bahia, que considerava também ser insuficiente a expressão do projeto. Após dizer que:

“Todos esses estados mentais não se reduzem, como se supôs outrora, a casos de loucura”.

assegura Nina:

“Será mesmo difícil encontrar uma expressão capaz de convir como rubrica genérica a todos esses casos de insanidade, de cuja soma ou grupo das loucuras é apenas uma parcela. Esses casos são, de fato, ou de verdadeiras moléstias mentais ou cerebrais, como a loucura e a afasia; ou de invalidez mental como a imbecilidade, a idiotia, a surdo-mudez”.

E mais adiante:

“A insuficiência mental para o exercício dos direitos civis é um efeito, uma consequência de causas múltiplas que não podem entrar numa família ou constitui-la”.

Nina Rodrigues preferia, assim, outra redação. Admitia a expressão por ele mesmo criticada, mas completada deste modo:

“Os alienados de qualquer espécie ou os loucos de todo gênero compreendidos entre eles os que, por fraqueza intelectual não podem cuidar dos próprios interesses”.

Coincidência assim de ponto de vista entre os dois críticos, à mesma época. Ruy queria incapazes os que não “tinham discernimento dos seus atos ou a livre disposição de sua vontade para cuidar utilmente dos próprios interesses”. Nina queria os que “por fraqueza intelectual não podem cuidar dos próprios interesses”. Ambos se atinham ao efeito.

Desse Ruy tão polimorfo, tão complexo, tão original, descreveria Fernando Nery os últimos instantes em 1923:

“Nessa mesma noite às 11 horas, entrou a sentir-se mal. Agravando-se-lhe os padecimentos foi chamado pela manhã de 28, o dr. Corrêa Lemos, seu médico assistente em Petrópolis, o qual, examinando-o, achou gravíssimo o seu estado. Foi então chamado do Rio o dr. Luís Barbosa, médico da família. Este em conferência com os drs. Lemos, Modesto Guimarães e Pais Leme concordou com o diagnóstico: começo de paralisia bulbar”.

Na sua mesa de trabalho deixava Ruy, porém, pronta, acabada, uma das suas últimas conferências. Devia pronunciá-la, no Rio, no Teatro Lírico em favor do Abrigo dos Filhos do Povo. João Mangabeira seu discípulo a leria depois. E, nela, dá o grande cidadão o mecanismo respiratório, ao analisar o papel da imprensa no organismo das Nações:

"A respiração pulmonar combina-se com os tecidos para constituir o sistema de ventilação, cuja essência consiste na troca incessante dos princípios necessários à vida, entre o ar atmosférico e o sangue, da circulação do qual vivemos. Mas os músculos também respiram e o centro respiratório se encontra bem longe do aparelho pulmonar, nesse bulbo misterioso que lhe preside à respiração e lhe rege os movimentos".

O bulbo misterioso de Ruy, porém, àquela hora, lhe estava dando — ao ser chamado a referência — o primeiro sinal da paralisia. E morria dias depois. Teria até à morte, nas ciências médicas, o manancial inexgotável para a sua ação de político e de jornalista. Não foi decerto o lar de médico, que o fez lido e relido em problemas para que não se preparara na escola; nem mesmo o direito moderno lhe obrigaria a tanto, como julgava Nina. A política e o jornalismo é que o forçariam manipular, com termos que não andara ouvindo nem na Faculdade de Recife nem na de São Paulo. A sociedade é organismo como o corpo humano; com células, com órgãos, com tecidos, com uma fisiologia e uma patologia, uma anatomia e um metabolismo próprios.

Como o corpo as sociedades padecem de síndromes e enfermidades, de distúrbios e diáteses, de moléstias e enxaquecas. O político e o analista são os médicos que chegam a sua cabeceira: para o diagnóstico, para a terapêutica, para o prognóstico, para a autópsia tanta vez. Aqui mesmo um dia, em 1919, Ruy falaria de "medicina heróica, a medicina das reformas preventivas, a medicina das restituições equitativas, a medicina das revoluções moderadas", do seu sacerdócio, de seu grande idealismo.

Falando sobre Littré, disse Pasteur, na Academia Francesa:

"Feliz de quem traz em si um Deus, um ideal de beleza, e lhe obedece; ideal de arte, ideal de ciência, ideal de pátria, ideal das virtudes do Evangelho".

O mesmo diria Ruy, tempos depois, de Osvaldo Cruz, como o mesmo podemos nós todos dizer dele, agora e sempre. Homem de ideal ele foi, por mais que o negasse a inveja e o escondesse o partidarismo. Mas acima de tudo, um homem de fé. Dela, da sua fé, eterna proclamaria:

"Embora acabe eu, a minha fé não acabará".

Não acabou realmente. E que ninguém, como ele, conseguiu reunir na mesma alma e no mesmo coração, ao mesmo tempo, a fé no Direito, na Liberdade, na Cultura, na Ciência, no Trabalho, na Justiça, na Pátria, em Deus.

E não acabará.

**ANTI-ESPASMÓDICO
VASCULAR****DILATATOR DAS
ARTÉRIAS CORONÁRIAS**

Cloridrato de papaverina.....	0,03 gr.
Teobromina — salicilato de sódio.....	0,20 gr.
Teofilina — acetato de sódio.....	0,10 gr.
Fenil-etil-malonil-uréia	0,01 gr.
Cila (pó)	0,05 gr.
para uma drágea	

*urilene***Papaverina****DRÁGEAS**

AFEÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS DAS CORONÁRIAS
HIPERTENSÃO E SUAS COMPLICAÇÕES
TROMBOSES E EMBOLIAS DAS ARTÉRIAS PERIFÉRICAS
ANGIOESPASMOS CEREBRAIS



LABORATORIOS ENILA S. A.
RUA RIACHUELO, N.º 242 — CAIXA POSTAL 404 — RIO

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

Parasitoses intestinais

Nota sôbre as variedades observadas na 4.^a Enfermaria de Cirurgia de Homens do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo

Dr. Oswaldo Paulo Forattini

Assistente da Santa Casa de São Paulo

As parasitoses intestinais no Brasil constituem um problema, tanto clínico como de Saúde Pública, de indissociável importância. Desde que assumimos a direção do Laboratório Clínico da 4.^a Enfermaria de Cirurgia de Homens da Santa Casa de São Paulo (Serviço do Dr. João Montenegro), pudemos dispôr de apreciável material para o estudo das protozooses e verminoses intestinais.

Técnica. — Empregamos o método de Faust e col., isto é, centrifugação, flutuação em sulfato de zinco e coloração pelo lugol de D'Antoni, para melhor identificação dos cistos de protozoários, sem tê-lo repetido em cada amostra de fezes.

Não havendo ainda unanimidade de opiniões sôbre qual o melhor método para evidenciar o maior número possível de casos positivos, optamos pelo supra citado por ser dos melhores e dos mais adaptáveis às nossas condições mesológicas. Amaral e Pires (1947) o recomendam, no caso da *Endamoeba histolytica*. Insistem porém, na necessidade de repeti-lo em fezes nomais, seguido por um terceiro exame de material, obtido sob ação de um purgativo salino e corado pela hematoxilina férrica. Seus estudos indicam que um único exame revela apenas cerca de metade dos casos positivos.

Os pacientes internados nesse serviço, no período de julho de 1946 a maio de 1948, que constituem o objeto dêste inquérito, foram em número de 1000, todos pertencentes ao sexo masculino e, na sua generalidade, adultos. A procedência foi a mais variada, dentro e fora do Estado de São Paulo. As condições de vida predominantes, são as de padrão baixo.

O objetivo desta nota é o de dar uma idéia, embora suscinta, das parasitoses intestinais que comumente são encontradas em doentes internados no Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo. Por outro lado, o número de casos sendo pequeno, comparado à atual população do Estado, não permite

conclusões quando divididos em grupos. Limitamo-nos portanto, a apresentar os resultados obtidos, sem entrar em maiores considerações.

Resultados gerais. — Podemos resumí-los do seguinte modo:

Número total de casos.	1000	
Número de casos negativos	192	— 19,2%
Número de casos positivos.	808	— 80,8%
Número de casos positivos só para helmintos	353	— 35,3%
Número de casos positivos só para protozoários	152	— 15,2%
Número de casos de associação de protozoários e helmintos	303	— 30,3%

A frequência com que se apresentaram os diversos parasitas e comensais, divididos em dois grupos, o dos Protozoários e o dos Helmintos, foi a seguinte:

PROTOZOÁRIOS

No que concerne à frequência de cistos de protozoários, analisando os resultados gerais, veremos num total de 1000 casos:

Casos positivos só para protozoários	125	— 15,2%
Casos positivos para protozoários e helmintos.	303	— 30,3%
Total.	455	— 45,5%

Portanto, os protozoários ocorreram com a frequência de 45,5% .

Os resultados específicos, por ordem de frequência são:

Espécie	N.º de casos positivos	%
1) <i>Endamoeba coli</i>	284	28,4
2) <i>Endolimax nana</i>	231	23,1
3) <i>Endamoeba histolytica</i>	94	9,4
4) <i>Iodamoeba bütschlii</i>	90	9,0
5) <i>Giardia lamblia</i>	27	2,7
6) <i>Chilomastix mesnili</i>	4	0,4

HELMINTOS

Considerando os dados referentes aos helmintos, num total de 1000 casos, temos o seguinte:

Casos positivos só para helmintos	353	— 35,3%
Casos positivos para helmintos e protozoários	303	— 30,3%
Total	656	— 65,6%

DISCURAL



PODEROSO ANTIAMEBIANO, ANTISPASMÓDICO
e ANTIDISENTÉRICO

ANTIAMEBIANO

DIIDODIHIIDROXIQUINOLEÍNA

ANTISPASMÓDICO

PROFENAMIN

ANTIDISENTÉRICO

PECTINA

3 VALIOSAS PROPRIEDADES
FARMACOLÓGICAS EM
UM SÓ COMPRIMIDO.

No British Medical Journal de 16 de Junho de 1945, p. 831, MORTON escreve: "Diiodohidroxiquinoleína é dentre os derivados da oxiquinoleína, o melhor medicamento no tratamento da amebíase e constitui uma valiosa contribuição à terapêutica das formas insidiosas e das formas resistentes".

DISCURAL



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572

SÃO PAULO

A CRISE ASMÁTICA

SUAS ARMAS TERAPÊUTICAS

FILINASMA 

NOVADREN 

A terapêutica da crise asmática está condicionada ao conhecimento de seu substrato anatômico e de sua fisiopatologia.

1.º) SUBSTRATO ANATÔMICO

Resumidamente verifica-se um edema das paredes bronquiais; "a urticária da mucosa bronquial" (Clearf).

2.º) FISIOPATOLOGIA

Bronco-espasmo com manifestações hipercolinérgicas que se traduz pela dispnéia paroxística bem conhecida.

Diante do quadro dramático em que se encontra o asmático em crise, deve-se lançar mão de uma terapêutica rapidamente eficiente. Dispõe-se atualmente de uma substância a isopropil-nor-adrenalina, conhecida sob o nome de NOVADREN, que realizará uma bronco-dilatação intensa e quasi instantânea, verificando-se o alívio do doente ao cabo de poucos segundos. O NOVADREN será administrado em inalações ou em comprimidos de absorção perlingual.

A eupneia obtida com NOVADREN será infelizmente, em certos casos, pouco duradoura. Convém logo após, estabelecer um estado refratário ao desencadeamento de novo acesso. Dispõe-se para este fim o FILINASMA, que, por seus elementos bronco-dilatadores, antialérgicos, vagolíticos, simpaticolônics e sedativos, conseguirá não só abortar a crise asmática, mas também, evitar seu reaparecimento por longo tempo. Numerosos são os doentes que conseguem manter-se em eupneia após o uso prolongado de FILINASMA.



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 — Fone, 6-4572

SÃO PAULO

Vemos pois, que das 1000 pessoas examinadas, 65,6% eram portadora de vermes intestinais. Analisando os resultados específicos, os helmintos apresentam-se na seguinte ordem de frequência:

Espécie	N.º de casos positivos	%
1) <i>Ancilostomídeos</i>	576	57,6
2) <i>Strongyloides stercoralis</i>	146	14,6
3) <i>Ascaris lumbricoides</i>	52	5,2
4) <i>Trichocephalus trichiurus</i>	30	3,0
5) <i>Hymenolepis nana</i>	9	0,9
6) <i>Schistosoma mansoni</i>	6	0,6
7) <i>Enterobius vermicularis</i>	5	0,5
8) <i>Taenia sp.</i>	3	0,3

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Em primeiro lugar, considerando a incidência da *Endamoeba histolytica*, cuja importância em Parasitologia Humana é desnecessário frisar, vemos que ela se apresentou em 9,4% dos casos examinados. Todavia, tal resultado não reflete a incidência real do parasita, desde que, como vimos, Amaral e Pires (1947) recomendam dois exames pelo método de Faust e col., e um terceiro sob purgativo e com coloração pela hematoxilina férrica. Multiplicando por dois o resultado por nós achado, teríamos uma idéia aproximada do índice verdadeiro, o qual no nosso caso, seria portanto de 18,8%.

Os outros protozoários, embora comensais (exceção feita da *Giardia lamblia*), não deixam de apresentar interesse, por o seu índice de incidência refletir as oportunidades de infestação a que estiveram sujeitos os seus portadores, o que dá uma idéia das condições de vida e de higiene que estes apresentam.

A respeito dos helmintos, é sempre interessante assinalar a elevada frequência dos *Ancilostomídeos*, com 57,6% de casos positivos. Os seis casos de *Esquistossomose* não eram autóctones do nosso Estado.

Levando-se em consideração que foi realizado apenas um exame pelo método de Faust e col. em cada amostra, podemos verificar que os nossos resultados gerais, são comparáveis aos encontrados por Amaral e Leal (1943) entre soldados, são inferiores aos encontrados por Corrêa e Taunay (1943) entre escolares e Galvão, Ferreira e Aloe (1945) entre soldados, e são superiores aos encontrados por Adura e Gentil (1947) entre comerciantes e por Pontes e Amaral (1949) entre pacientes do Hospital das Clínicas, considerando somente os trabalhos mais recentes, feitos sobre o assunto.

Explica-se, até certo ponto, a elevada incidência de casos positivos devido à baixa condição de vida dos doentes que são re-

colhidos na Santa Casa, na sua grande maioria indigentes e sem hábitos higiênicos satisfatórios. Todavia, voltamos a frisar como o fizemos para a *E. histolytica*, que todas essas percentagens seriam consideravelmente aumentadas se mais de um exame tivesse sido realizado para cada amostra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADURA, M. e GENTIL, J. (1947) — Observações sobre parasitoses intestinais em 2.556 comerciários, com referência especial aos portadores de cistos de *Endamoeba histolytica*. An. Paul. Med. Cir. 54: 271-283.
- AMARAL, A. D. F. e LEAL, R. A. (1943) — Nota sobre a incidência de vermes e protozoários intestinais entre soldados do exercito, com referência especial aos portadores de cistos de *Endamoeba histolytica*. Rev. Clin. São Paulo 12: 91-101.
- AMARAL, A. D. F. e PIRES, C. D. A. (1947) — Estudo comparativo entre o método da centrifugo-flutuação no sulfato de zinco e o da coloração pela hematoxilina férrica de fezes obtidas sob purgativo, no diagnóstico da amebíase. Rev. Paul. de Med. 30: 307-319.
- CORRÊA, M. O. A. e TAUNAY, A. E. (1943) — Incidência das verminoses e protozooses nos escolares da capital. Rev. Inst. Adolfo Lutz 3: 247.
- GALVÃO, A. L. A., FERREIRA, L. M. e ALOE, R. (1945) — Observações sobre parasitoses intestinais em soldados aquartelados em São Paulo. An. Fac. Med. Univ. São Paulo 21: 187.
- PONTES, J. F. e AMARAL, A. D. F. (1949) — Nota sobre parasitoses intestinais no serviço de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas. Rev. Med. e Cir. São Paulo 9: 29-33.

EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos publicados na literatura médica mundial.

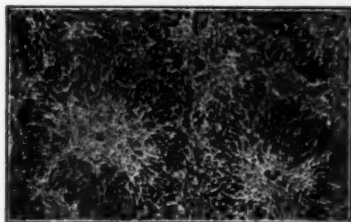
Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- | | |
|--|------------------------------------|
| I — Anatomia, Embriologia e Histologia | VIII — Neurologia e Psiquiatria |
| II — Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia | IX — Cirurgia |
| III — Endocrinologia | X — Obstetrícia e Ginecologia |
| IV — Microbiologia e Higiene | XI — Oto-rino-laringologia |
| V — Patologia geral e Anatomia Patológica | XII — Oftalmologia |
| VI — Medicina geral | XIII — Dermatologia e Venereologia |
| VII — Pediatria | XIV — Radiologia |
| | XV — Tuberculose. |

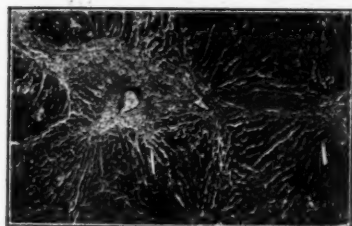
Pedidos de assinatura para 111, Kalverstaat — Amsterdam C. — Holanda.

METIOLIN

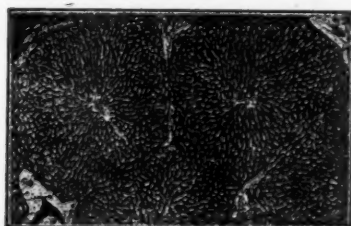
condensa os 5 itens fundamentais da moderna terapêutica das *Hepatopatias Difusas*:



Hepatite grave (necrose centrolobular, esfácelo celular).



Regeneração mais intensa (lóbulo de neoformação, hiperplasia epitelial).



Fígado normal, finalmente; é a sequência anátomo-clínica do emprego do METIOLIN.

- 1 — A metionina é metabolito fundamental para a constituição normal da célula hepática, graças ao radical metila e ao enxofre que contem.
- 2 — O mesmo acontece com a colina.
- 3 — Metionina e colina corrigem o fígado gorduroso das dietas carentes em proteína, o fígado tóxico do clorofórmio, do tetracloreto de carbono, dos arsenicais e tóxicos diversos.
- 4 — Metionina, colina e inositol constituem os chamados *agentes lipotróficos* conhecidos.
- 5 — Estão associados em METIOLIN.

INDICAÇÕES:

- a) Hepatites, hepatoses difusas. Hepatite crônica difusa (cirrose hepática).
- b) Estados de carência, alcoolismo, enterocolites graves, pelagra, avitaminoses.
- c) Infecções biliares. Colangites. Infecções e intoxicações.
- d) Hepatopatia das queimaduras.
- e) Veículo dos arsenobenzóis e arsenóxidos; na proteção da anestesia pelos gases.
- f) Como anti-tóxico geral.

COMPOSIÇÃO:

Ampolas de 2 cm³ (intramuscular)

d. l. Metionina	0,06 g
Colina, cloreto	0,25 g
Inositol	0,06 g
Água bidistilada	2 cm ³

Ampolas de 5 cm³ (intramuscular)

d. l. Metionina	0,15 g
Colina, cloreto	0,50 g
Inositol	0,10 g
Água bidistilada	5 cm ³

Ampolas de 20 cm³ (oral e endovenoso)

d. l. Metionina	1,00 g
Inositol	0,10 g
Colina, cloreto de	0,05 g
Água bidistilada	q. s. p. 20,00 cm ³

Comprimidos

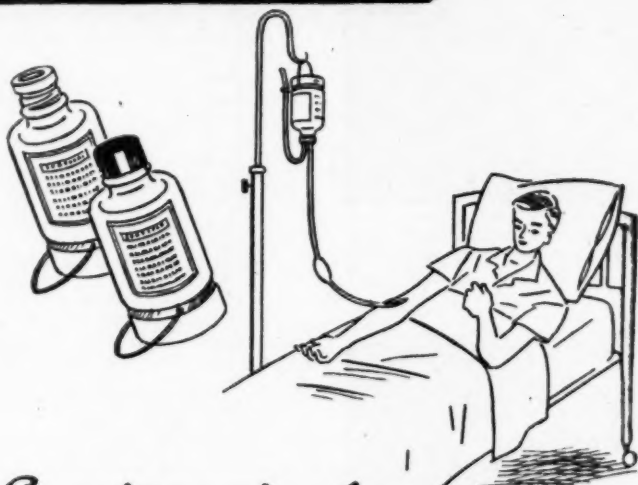
d. l. Metionina	0,40 g
Inositol	0,10 g
Colina, cloreto de ... com (5H ₂ O)	0,05 g
Excipiente	q. s. p. 0,90 g

PRAVAZ, LABORATÓRIOS S. A.

RUA JANDAIA, 20 e 30 — CAIXA POSTAL, 2381 — SÃO PAULO — BRASIL
FILIAL NO RIO DE JANEIRO: AV. GOMES FREIRE, 47-49 — FONE, 22-4521

.. EM BELO HORIZONTE: AV. CARANDAÍ, 866

SUBTOSAN



Sucedâneo do plasma sanguíneo

Perfeita conservação por
tempo indeterminado
Boa tolerância do organismo
Facilidade de emprêgo

Comodidade de transporte
e aprovisionamento
Tratamento econômico
Supressão da determinação
dos grupos sanguíneos



A marca de confiança

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL,
em 4 de agosto de 1949

Presidente: Prof. João Alves Meira

Gênero Phaeotabanus Lutz; descrições de duas espécies (Diptera, Tabanidae). — Dr. Mauro Pereira Barretto. — Discordando dos que que anteriormente trataram do assunto, o autor considerou "Phaeotabanus" Lutz um bom gênero, distinto de "Tabanus" L., entre outros caracteres, pela ausência de macrotríquias na basicosta. Redefiniu o gênero "Phaeotabanus" e descreveu duas novas espécies.

Comentários. — Dr. Antonio Dácio Franco do Amaral. — De acordo com a explanação feita pelo dr. Mauro Pereira Barretto, a distinção se faz pelo calo ocular e labelas. Pergunto como se apresentam esses caracteres em "Filipotabanus".

Dr. Mauro Pereira Barretto. — A frente se mostra idêntica à de

"Phaeotabanus", a labela com pequena placa esclerotizada. cubital nua, tíbias normais. Continuo dizendo que a basicosta, que às vezes apresenta cerdosidade, parece ser um bom elemento para distinguir os gêneros. Não posso afirmar se "Filipotabanus" é um bom gênero ou se é sinônimo de "Tabanus". Poderá ser, no máximo, um bom subgênero.

Anomalias em adultos de Anofelinos. — Drs. Renato Robert Correia, J. Pascale, G. R. Ramalho e A. A. Aguiar — De um modo geral, as anomalias observadas nos ovos e nas larvas dos anofelinos são mais comuns do que as apresentadas pelos adultos. Apesar desta raridade, várias são as espécies da tribu "Anophelini", cujos holótipos são anômalos. Entre ou-



Laboratorio de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITORIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462

Rua Xavier de Toledo, 84 - 4.º

Hormopancreatino Masculino

Soro Hormônico Masculino atestado com extratos do parênquima pancreático.

Hormopancreatino Feminino

Soro Hormônico Feminino atestado com extratos do parênquima pancreático.

Regula os centros nervosos endócrino-simpáticos. É indicado no diabeta e nos desequilíbrios da nutrição geral. Nas hipertensões e dores da região precordial (angina). Resultados verdadeiramente notáveis em todas as manifestações do hipertireoidismo.

Dóses: UMA AMPOLA DIARIAMENTE. (Intramuscular)

tros. estão incluídos nesse rol o "Anopheles triannulatus", descrito por Neiva e Pinto em 1922 e que apresentava um pequeno anel negro basal em cada um dos três artigos tarsais posteriores. Esses mesmos autores criaram, em 1923, outra espécie, à qual denominaram "Anopheles cuyabensis", cujo exemplar tipo ostentava dois pequenos anéis negros, um no quarto e outro no quinto artigos tarsais posteriores. Verificou-se, posteriormente, que ambos os espécimes nada mais eram do que formas anômalas de "A. triannulatus triannulatus", que normalmente possui um único anel do quinto artigo tarsal posterior. Hoje em dia há tendência para acreditar-se que o "Anopheles (Myzorrhynchella) nigratarsis" seja uma anomalia de "A. (M.) lutzii", pois apresenta anéis negros nos tarsos posteriores, e nunca mais foi encontrado desde que foi descrito por Chagas em 1907. Para o lado da genitália masculina, as anomalias já são mais freqüentes. Com referência aos órgãos internos nada encontramos na bibliografia por nós compulsada. Dissecando êsses elementos de cerca de 3.000 exemplares, deparamos com um de "Anopheles (Kerteszia) cruzii", que apresentava uma das glândulas salivares com quatro lobos (dois medianos e dois laterais) em lugar de três (um mediano e dois laterais), que é o normal. As observações contidas no presente trabalho são baseadas no exame de 38.820 adultos de anofelinos, assim distribuídos por espécies: A. albitarsis 7.162, "A. albitarsis domesticus" 6.459, "A. antunesi" 5, "A. argyritarsis" 2.831, "A. bellator" 1.147, "A. costalimai" 4, "A. cruzii" 2.547, "A. darlingi" 5.163, "A. eiseni", "A. fluminensis" 18, "A. galvãoi" 48, "A. intermedius" 3.050, "A. (Kerteszia) sp." 136, "A. Kompi" 13, "A. Konderi" 82, "A. laneanus" 117, A. Lanei 2, "A. lutzii" 292, "A. maculipes" 221, "A. mediopunctatus" 198, "A. minor" 9, "A. noroestesis" 308, "A. oswaldoi" 2.687, "A. parvus"

402, "A. pergassui" 11, "A. pesoai" 210, "A. pseudotibiamaculatus" 198, "A. rondoni" 680, "A. strodei" 808, "A. tarsimaculatus" 3.192, "A. triannulatus divisi" 820. Dentre as 30 espécies, três (10,0%) acusaram anomalias: "Anopheles albitarsis", com um anel negro basal no terceiro artigo tarsal posterior; "A. triannulatus davisii", com um anel no quarto artigo tarsal posterior; e "Anopheles costalimai", com seis artigos tarsais posteriores em lugar de cinco.

Comentários. — Dr. Antonio Dácio Franco do Amaral: Concordo com os autores na parte de importância do trabalho apresentado, pois que o mesmo vem chamar a atenção dos especialistas para o fato das anomalias muitas vezes simularem novas espécies. Pergunto se, afora o anel negro no terceiro artigo tarsal posterior, o "Anopheles albitarsis imperfectus" apresentava todos os caracteres de "A. albitarsis".

Dr. Victor de Araujo Homem de Mello. — Comunico à casa que encontrei uma anomalia de "Anopheles strodei" que consistia na ausência do anel negro no último artigo tarsal posterior, em material criado de foco onde apenas se encontraram larvas da citada espécie. Cheguei à conclusão de que se tratava de uma anomalia. Tive ocasião de mostrar êsse exemplar ao Sr. Alberto Silva Ramos, entomologista do Serviço de Profilaxia da Malária, o qual espousou a sua opinião.

Dr. Mauro Pereira Barretto. — Pergunto quais as anomalias observadas pelos autores nas genitálias masculinas por êles estudadas.

Dr. Renato Robert Correia. — Ao dr. Dácio Franco do Amaral, informo que, afora o citado anel negro, todos os demais característicos morfológicos coincidem com os de "Anopheles albitarsis albitarsis". Ao dr. Victor Homem de Mello, respondo que ouvi falar na existência desse material, mas que não tive ocasião de examiná-lo. Ao dr. Mauro Pereira Barretto comunico



Garantido
pelo nome
de maior
confiança

em produtos cirúrgicos
Johnson & Johnson

Faça questão do
NOVO ESPARADRAPO
IMPERMEÁVEL *Johnson*

ADERÊNCIA INSTANTÂNEA
ISENTO DE REAÇÃO CUTÂNEA
IMPERMEÁVEL
NOVA FÓRMULA "L.D."
EMBALAGEM METÁLICA
FÁCIL DE DESENROLAR



que observei, nas genitálias masculinas examinadas, as anomalias que se seguem: em "Anopheles fluminensis", um exemplar com ambos os espinhos basais externos ausen-

tes outro espécime com um espinho presente e outro não; vários "A. strodei" e um "A. oswaldoi" mostraram espinhos no ápice do mesosoma.

DEPARTAMENTO DE NEURO-PSIQUIATRIA, em 5 de agosto de 1949

Presidente: Dr. Francisco Tancredi

Insulinoterapia venosa. — Dr. Venturino Venturi. — As vantagens apregoadas pelos seguidores desta técnica são fundamentalmente as seguintes: diminuição das doses de insulina, diminuição do período de latência e acordar espontâneo. Iniciamos a nossa experiência com 22 casos, mas só 14 nos deram resultados satisfatórios, pois os 8 restantes abandonaram o tratamento por diversos motivos. Dos 14 casos, 11 submeteram-se à insulinoterapia venosa e, a seguir, passaram à muscular e 3 já faziam insulinoterapia muscular e passaram a técnica venosa. Não verificamos vantagem alguma, pois não notamos, nos mesmos doentes, diminuição das doses, do tempo de latência e não tivemos um só caso de acordar espontâneo. Também não constatamos nenhuma complicação ou diferença no comporta-

mento comatoso dos doentes, quando usamos a via venosa. Este trabalho foi realizado no Sanatório Charcot e voltamos a usar a via muscular por facilidade técnica, facilmente compreensível.

Comentários. — Dr. Carlos Sacramento. — Tentei, no Juqueri a insulinoterapia por via venosa, mas seus resultados não me pareceram melhores que os da via intramuscular.

Dr. Venturino Venturi. — O processo foi lançado por autores americanos por questão de economia, mas parece que os resultados não foram satisfatórios, de maneira que há muitos autores contrários a ele e nenhum é absolutamente favorável. Não verifiquei qualquer vantagem no método, no qual, ao contrário, só vejo desvantagens, principalmente técnicas.

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, em 10 de agosto de 1949

Presidente: Dr. Virgílio A. de Carvalho Pinto

Atualização do tratamento das hemorroidas. I: Bases clínicas para o tratamento dos processos hemorroidários simples. — Drs. João Ferreira e Milton César Ribeiro.

Os autores definiram o termo hemorroidas e estudaram as diferentes causas etiológicas do processo hemorroidário. Atribuíram a patogenia a dois fatores: aumento da pressão sanguínea e debilidade da parede venosa. Classificaram as hemorroidas em interna e externa, subdividindo cada uma em simples, complicadas, trombosadas e prolábadas. Estudaram as bases clínicas para o tratamento das hemorroidas internas simples. Os únicos casos que podem ser tra-

tados pelo processo esclerosante, são os de hemorroidas simples, internas, não complicadas e nunca os casos inflamados ou complicados, nem os casos de hemorroidas externas. Os autores pormenorizam as indicações permanentes e circunstanciais do tratamento clínico, bem como as contra-indicações, concluindo que 60% dos doentes de hemorroidas podem-se submeter, com sucesso, ao tratamento esclerosante. Estudaram, a seguir, comparadamente, as complicações nos processos clínico e cirúrgico, concluindo que, embora as recidivas sejam maiores no tratamento clínico a mortalidade é nula, acontecendo justamente o inverso no tratamento cirúrgico.

NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

E SUAS
MANIFESTAÇÕES



RUTINASE

INJETÁVEL e COMPRIMIDOS

LABORATÓRIO PELOSI S. A.

PRODUTORES DE MEDICAMENTOS ÉTICOS DE EXCLUSIVA DIVULGAÇÃO MÉDICA

RUA CESARIO MOTA, 296-312 - FONES 4-7733 e 2-4117 - CAIXA POSTAL, 4798 - S. PAULO

RUTINASE

Marca Registrada

O importantíssimo valor terapêutico da **Carbaminolcolina** foi resultado especialmente como o mais eficaz agente hipotensor conhecido.

Sua poderosa ação sobre o organismo humano, relacionada e comprovada por observações de curas absolutamente idôneas, descrita em publicações científicas, representam uma diminuta parte dos muitos ensaios realizados na Alemanha em período um pouco anterior à última guerra.

H. Kreitmair, H. Nölz e W. Veltan, demonstraram que a ação da Carbaminolcolina supera grandemente a da acetilcolina, tida até então como o mais eficiente derivado da colina, utilizada de preferência contra os mais variados estados patológicos, capitulados sob a denominação sintomática de hipertensão.

Ação sobre a pressão sanguínea, peristaltismo e secreções das glândulas da conduta gastro-intestinal. Aumenta os contrações do útero gravídico e a secreção salivar.

Gowertz, Van Doren e Panzini, verificaram que a baixa a pressão arterial, com a devida reserva para as crises em que existe alteração orgânica dos vasos capilares (v. valor terapêutico da Rutinase).

Berthold Schulze e apologistas sistemáticos da Carbaminolcolina no combate da retenção urinária, observada após as parótis e nas pacientes submetidas a intervenções ginecológicas.

G. Stupperich confirma os bons resultados na qual totalidade das crises supra mencionadas.

Quanto à Rutinase, Griffith, Lindauer, Couch e Shanno, demonstraram sua eficiência na fragilidade capilar, muito valiosa para prevenir seus graves acidentes.

As investigações realizadas por estes autores são numerosas e notórias e os efeitos benéficos obtidos, foram amplamente divulgados em publicações científicas, dando origem ao crescente emprego do medicamento.

A Rutinase não é acumulada no organismo e restabelece a normalidade da fragilidade capilar aumentada, sanando esta grave alteração orgânica.

Está provado a sua eficácia na hemorragia retiniana, que, como se sabe, é agravada pelo diabetes mellitus e moléstias da hipófise.

VALOR TERAPÊUTICO DA RUTINASE

Quando os vasos capilares perderam a faculdade de se contrair, o que representa uma grave alteração orgânica nos mesmos, a eficiência da Carbaminolcolina poderá ser incerta, mas com a recente descoberta da ação terapêutica da Rutinase, que permite restabelecer a sua necessária elasticidade (em 85% dos casos, foi conseguida restaurar a fragilidade capilar à normal), a associação das duas medicações é logicamente indispensável, visando uma finalidade-terapêutica completa, o que representa um tratamento clínico simples para um estado patológico grave e muito frequente, que se manifesta pela alta pressão arterial acompanhada de fragilidade capilar anormal.

Griffith, Lindauer e Shanno, em uma estatística de 1.600 casos de hipertensão, notaram em 300 pacientes aumento da mencionada fragilidade capilar.

A enorme e persistente eficácia da Carbaminolcolina é resultante de sua inalterabilidade relativamente grande no organismo (apenas ligeiramente atacada pelo suco gástrico). Esta propriedade justifica sua ação hipotensiva, mesmo administrada por via bucal (Doutrebanne e Marché).

Quando houver necessidade de efeito hipotensivo mais intenso, será mais indicada a forma injetável ("RUTINASE, injetável"). A falta de pronta ação indicará alteração orgânica dos capilares; neste caso, deverá ser ministrada maior quantidade de Rutinase, recorrendo também à via oral, utilizando em conjunto a Rutinase injetável e a Rutinase comprimidos, podendo em casos menos graves substituir esta última pelos simples comprimidos de Rutinase (Comprimidos de Rutinase "Pelosi").

A fim de assegurar maior eficiência e rapidez no tratamento pela Rutinase, a administração do medicamento deve ser contínua e prolongada, ministrando também, ao mesmo tempo, adequadas doses de vitamina C, ou às vezes, mesmo ainda, Vitamina K.

RUTINASE Injetável

Dosagem por ampola :

Cloreto de Carbaminolcolina puríssima.	0.00025
Rutinase purif.	0.0040
Carbonato ac. de sódio q. b.	
Soluto fisiológico isotônico q. b.	2 cm ³

Composição racional e original do Químico-Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

Acondicionamento :

Caixas de 10 e 100 ampolas.

Propriedades terapêuticas :

Hipotensor. - Anti-espasmodico arteriolar. - Excitante do para-simpático. - Depressor do simpático. - Ação antagônica da adrenalina.

Indicações :

Hipertensão arterial e suas manifestações (pela ação hipotensora da Carbaminolcolina), mesmo nos casos em que os vasos capilares tenham perdido parte da sua faculdade de se contrair (pela ação, embora lenta, da Rutinase).

Atonia dos aparelhos digestivo e urinário, principalmente na retenção urinária após as operações cirúrgicas e partos.

Dores de cabeça provocadas por espasmos vasculares.

Preventivo e tratamento dos acidentes vasculares, resultantes da alta pressão sanguínea, com ou sem fragilidade capilar.

Contra-indicações :

Constituem contra-indicações os pacientes portadores de miocardite avançada, os de cardiopatia fortemente descompensada e nos quais casos em que se deve evitar uma queda brusca da pressão arterial.

Precauções especiais devem ser tomadas quando se tiver que empregar o medicamento em pacientes digitalizados, asmáticos, sujeitos à choque, ou portadores de úlcera péptica avançada e angina pectoris.

Em qualquer tempo, a ação do medicamento pode ser suprimida mediante o emprego de uma injeção de atropina.

Dose :

Mistura ou todo o conteúdo de uma ampola (1 a 2 cm³) em injeções subcutâneas ou intramusculares; uma até três vezes ao dia, o critério do clínico.

As injeções são indolores e devem ser aplicadas longe das refeições.

Não deve ser utilizada a via endovenosa

RUTINASE Comprimidos

Dosagem por comprimido :

Cloreto de Carbaminolcolina puriss.	0.002
Rutinase purif.	0.020
Excipiente q. b. p.	0.200

Composição racional e original do Químico-Farmacêutico J. Pelosi, baseada em recentes estudos alemães e norte-americanos.

Acondicionamento :

Vidros de 50 comprimidos.

Propriedades terapêuticas :

Hipotensor. - Anti-espasmodico arteriolar. - Excitante do para-simpático. - Depressor do simpático. - Preventivo e curativo dos hemorragias cerebrais e retinianos.

Indicações :

Hipertensão arterial, mesmo nos casos com alteração orgânica vascular.

Acidentes vasculares da hipertensão. Atonia dos aparelhos digestivo e urinário. Dores de cabeça provocadas por espasmos vasculares. Fragilidade capilar e suas consequências (hemorragias diversas, apoplexia, sual).

Contra-indicações :

As mesmas do forma injetável

Dose :

Misto a dois comprimidos, ingeridos com um pouco de água; até 3 vezes ao dia, o critério do clínico.

II: O problema anátomo-cirúrgico no tratamento dos grandes processos hemorroidários mixtos.

— Dr. Aluizio Camará Silveira. —

O autor recordou a anatomia das veis hemorroidárias, focalizando a irrigação da parte anal do canal retal, em relação com a cirurgia das hemorroidas, baseando sua experiência no trabalho de Miles e no de Orlando Z. Mamana. Estudou as diferentes técnicas, detendo-se nas de Whitehead e de Boni. O autor apresentou suas pesquisas, realizadas no Laboratório de Anatomia Descritiva da Faculdade de Medicina da Universidade de S Paulo, mostrando as peças por ele preparadas, bem como as conclusões a

que chegou com relação aos diferentes planos interessados na cirurgia das hemorroidas. Finalizando, apresentou uma série de dispositivos em mais de uma centena de técnica usada pelo autor (técnica de Boni com modificações pessoais).

Comentários — Prof Felipe Figliolini — O sucesso do tratamento, médico ou cirúrgico, assenta-se sobre as boas indicações. Sou apologeta do tratamento clínico, quando convenientemente indicado.

* Prof. Antonio Bernardes de Oliveira. — Minha experiência consiste em mais de uma centena de casos operados sempre pelo processo Whithead, com resultados ótimos e há mais de 20 anos.

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA, em 11 de agosto de 1949

Presidente: Dr. Abrahão Rotberg

Ação da vitamina A como reguladora da plaquetopoiése na púrpura trombocitopênica. Nota prévia). — Drs. Domingos de Oliveira Ribeiro, José Augusto Soares e Luis Dias Patrício. — Os autores apresentaram um caso de púrpura trombocitopênica de Werlhof, caracterizado pelo quadro clínico, hematológico e provas positivas da fragilidade capilar (presença de petéquias, equimoses de tamanho variado, hemorragias das mucosas nasais, labiais, gengivais, acentuada plaquetopenia e positividade da prova do laço e da picada). Verificaram que a Rutina e Vitamina K não impediram o aparecimento de novas lesões purpúricas. A administração oral de vitamina A na

dose diária de 100.000 U. revelou-se eficiente, embora, espaçadamente, um ou outro elemento equimótico se mostrasse no tegumento cutâneo. O aumento dessa dosagem para 200.000 U. após o período de um mês de medicação, protegeu a paciente de erupções purpúricas, totalmente ausentes nos dois últimos meses. A plaquetopoiése se manteve em ascensão lenta, mas constante, nesses dois últimos meses, como se infere da média de 29.840 plaquetas por mm^3 em cinco contagens, no espaço de cerca de um mês e meio depois do início da terapêutica pela vitamina A (100.000 U.) e a de 59.200 por mm^3 , obtida nas cinco últimas contagens.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, em 12 de agosto de 1949

Presidente: Dr. Jacob Renato Woiski

Encefalopatia por sarampo. Considerações em torno de um caso.

— Dr. Antônio Branco Lefèvre. — Foi apresentado o caso de Luzia D., menina de 9 anos, que, no terceiro dia depois erupção de

sarampo, apresentou-se apática, afástica, com um quadro mental caracterizado por grande déficit da iniciativa psicomotora, e que, em seguida, desenvolveu um quadro neuroló-

gico de tipo extrapiramidal, cujos principais sinais foram: rigidez generalizada e movimentos involuntários de tipo atetótico. A paciente foi tratada com Placiglobina, medicamento empregado com a finalidade de produzir imunização parcial ao sarampo; recebeu 66 cm³ do medicamento por injeções intramusculares. Houve coincidência entre a administração do medicamento e as melhoras apresentadas. Foram discutidas as diversas patogenias propostas para a encefalite do sarampo. O autor não pôde afirmar com segurança que o medicamento empregado foi a causa determinante da melhora; chamou a atenção para este caso e para a terapêutica empregada, sugerindo que ela seja utilizada em outros casos, para que se possa melhor apurar o resultado do tratamento. A paciente foi observada em seguimento durante mais de 1 ano, não se tendo verificado qualquer distúrbio neuropsiquiátrico que pudesse ser considerado como seqüela de encefalite.

Comentários. — Dr. João Vicente Ferrão. — Acredito que sejam muito discordantes os trabalhos sobre a incidência de encefalopatia pós-sarampo. Sobretudo das formas frustas, a que se refere o autor. Tive a oportunidade de ver um caso de encefalopatia também raro, pós-varicela, dando a impressão de um processo hemorrágico com hemiplegia como seqüela. Não me ocorre ter visto caso algum de encefalopatia pós-sarampo, com seqüela que desse a impressão de hemorragia cerebral. Acho muito interessante o que disse o Dr. Lefèvre, sobre os diversos aspectos da moléstia e a intensidade diferente com que se apresenta essa encefalopatia no sarampo.

Dr. Augusto Gomes de Mattos. — Tive a oportunidade de publicar dois casos sobre encefalopatia pós-sarampo, sendo que um deles era muito semelhante ao caso apresentado hoje. No tratamento, empreguei os anti-infecciosos daquela época (1937) e só publiquei os casos nove anos depois de trata-

dos, verificando que não havia seqüelas. Acho, por esse motivo, muito justa a prudência do Dr. Lefèvre em nada afirmar sobre a terapêutica. Tive também a oportunidade de ver uma criança que entrou em coma depois de sarampo, mas tudo passou e, posteriormente não verificamos seqüelas do processo. Vi também um caso de hemiplegia pós-sarampo, que regrediu completamente; não observei qualquer caso de morte. Acho que não se pode tirar conclusão nenhuma desse trabalho, pois não se trata de uma terapêutica muito adequada, nem específica; seria interessante continuar tentando esse método para verificar se o resultado foi devido à terapêutica empregada ou se à evolução usual da moléstia. Outra questão é a que diz respeito à amaroze; verifiquei, no Instituto Penido Burnier, que só três casos haviam sido relacionados ao sarampo.

Dr. Fernando Mesquita Sampaio. — Também não tive a oportunidade de ver nenhum caso grave de encefalopatia, inclusive daquelas que aparecem após vacina. Consultando a literatura, verifiquei que os autores são de opinião que, nos últimos dez anos, há um aumento da incidência da encefalopatia após infecção a vírus. Desejava ainda que o autor nos dissesse alguma coisa sobre a incidência desses casos.

Dr. Jacob Renato Woiski. — Realmente, é pequena a incidência de encefalopatia pós-sarampo. Há algum tempo auxiliei a punção de uma criança suspeita de encefalopatia, cujo diagnóstico, feito pelo pediatra, era de meningite, por um agente que não podia identificar, e que depois soubemos tratar-se de uma encefalopatia pós-sarampo. Este caso, que era muito grave, regrediu completamente, em seqüela. Na literatura a respeito vi algumas referências ao tratamento com a γ -globulina, particularmente; talvez no caso da Placiglobulina, a γ -globulina agisse como imunizante ao vírus.

Dr. Antônio Branco Lefèvre. — Em quatro anos tive a oportunidade de ver, no Hospital das Clíni-

**ALTAS DOSES DE FERRO • ALTAS
DOSES DE VITAMINAS**

DRÁGEAS DE
SULFATO FERROSO ENILA
com VITAMINAS C e B1

ADULTO

Sulfato Ferroso 0,20 g
Vitamina C 0,05 g
Vitamina B1 0,002g

Drágea de 0,72g

INFANTIL

Sulfato Ferroso 0,10 g
Vitamina C 0,025g
Vitamina B1 0,001g

Drágea do tama-
nho pequeno de 0,36 g

ANEMIAS



HIPOCROMICAS

LABORATÓRIOS ENILA S. A. - R. RIACHUELO, 242 - CAIXA POSTAL 484 - RIO
FILIAIS: R. MARQUEZ DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO
R. RAMIRO BARCELOS, 485 - PORTO ALEGRE

cas, alguns casos de encefalopatias pós-sarampo, pós-vacina, pós-varicela em geral, casos muito mais e com seqüelas definitivas. Isto talvez porque os casos que nos são levados são geralmente os mais graves. É claro, como disse o dr. Gomes de Mattos, que não temos a mínima pretensão de relacionar, seguramente, a administração de um medicamento com o resultado obtido. O dr. Gomes de Mattos me parece um pouco otimista com esta forma de encefalopatia sendo que alguns autores falam que cerca de 50% dos casos deixam seqüelas. Talvez aqui no Brasil a moléstia seja mais benigna, pois em outros países, a mortalidade é muito maior. Um

dos autores cita cerca de 285 casos, sendo que 58 pacientes faleceram e 112 ficaram com seqüelas que duraram muito tempo. Entre nós não me consta que exista uma estatística, pois são muito poucos os trabalhos referentes ao assunto e a pesquisa da bibliografia nacional é sempre muito difícil. Tenho a impressão que é grande a freqüência entre nós. Vi também referências a neurites ópticas ligadas ao sarampo. Quanto ao dr. Jacob Renato Woiski, li um trabalho referente ao uso da globulina, em 14 casos, com resultados favoráveis. Os autores, entretanto, também ressaltam que estes casos podem estar dentro daqueles 50% que não deixam seqüelas.

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA, em 2 de agosto de 1949

Presidente: Dr. Feres Secaf

Úlceras gastroduodenais. — Dr. Feres Secaf. — O autor, inicialmente, analisou os meios de que se serve o clínico para o diagnóstico das úlceras gastroduodenais, dividindo-os em dois grupos: o anamnético e o de exames complementares, comparando seus resultados, demorando-se particularmente em comparar os resultados fornecidos pelos dois principais exames, a gastroscopia e o exame radiológico. Concluiu pela excelência do exame radiológico, mostrando a percentagem de resultados positivos. Expôs as limitações dos métodos analisando comparativamente os casos em que o diagnóstico não é feito pela radiologia, pela gastroscopia e pelo cirurgião diante do abdome laparotomizado. Dividindo as restrições radiológicas em físicas, anátomo-patológicas e anatomo-topográficas, salientou a necessidade destas restrições serem conhecidas por clínicos cirurgiões, e radiologistas, para evitar incompreensões injustificáveis.

Passando à parte radiológica, dividiu os sinais radiológicos em dois grupos, o direto e o indireto. Estudou os caracteres dos nichos,

sinal formal, dividindo-os, topograficamente, em nichos de face e nichos de perfil e, quanto à forma em nichos mucosos, calosos ou crônicos e penetrantes. Os sinais indiretos, embora não patognômicos, permitem o diagnóstico quase seguro, servindo principalmente para orientar a pesquisa do sinal direto. Dividiu-os o autor em funcionais e morfológicos, mostrando, para cada um dos sinais, a sede da lesão ulcerada.

Encarando o problema da distribuição das úlceras, mostrou numerosas estatísticas comentando a sua variação, salientando a importância do diagnóstico perfeito, quanto ao número exato das úlceras, visto que o número e topografia das mesmas orienta o cirurgião na ressecção gástrica. Referiu-se, depois, ao tempo de desaparecimento dos sinais radiológicos com o tratamento clínico e cirúrgico. Finalizando, deteve-se o autor no estudo das várias formas de úlceras gastroduodenais quanto à sua topografia dando as suas características radiológicas. A comunicação foi ilustrada com farta documentação pertencente ao Serviço de Radiologia do Hospital das Clínicas

FLAVONIL

Drágeas

Associação das VITAMINAS

P (Rutina)
C (Ácido ascórbico)
K (Menadonial)

Fórmula por drágea:

VITAMINA P (Rutina)	0,030 g
VITAMINA C (Ácido ascórbico)	0,050 g
VITAMINA K (Menadiona)	0,001 g
CARBONATO DE CALCIO . . . q. s. para . . .	0,330 g

Indicações: Fragilidade capilar. Estados hemorrágicos. Tratamento pré e post-operatório.

Modo de usar: 3 a 4 drágeas ao dia, podendo, a critério médico, chegar a 8 drágeas diárias.

Apresentação: Vidro com 24 drágeas.

Embalagem hospitalar com 100 drágeas.

LABORATÓRIO XAVIER

JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Tamandaré, 553 — Caixa Postal 3331 — Tel. 3-4139 — São Paulo

Consultores Científicos:

Prof. Dr. Dorival da Fonseca Ribeiro

Prof. Dr. Genésio Pacheco

Depósitos:

Rio de Janeiro — Rua da Quitanda, 163

Belo Horizonte — Rua Goitacases, 61

Porto Alegre — Rua Dr. Flores, 458

Representantes nos demais Estados.

da Fac. Med. da Universidade de São Paulo (Prof. Raphael P. de Barros).

Perfurações esofagianas. — Dr. Fernando Chammas. — Teve o autor oportunidade de estudar 12 casos de traumastimo do esôfago, no Serviço de Pronto Socorro do Hospital das Clínicas, juntamente com o Departamento de Endoscopia, com o dr. Jorge Barreto do Prado. Os acidentes mais comuns foram perfurações por dilatação do esôfago estenosado em consequência de ingestão de cáusticos. Em dois dêles a ingestão de soda foi acidental, o que tem importância pela menor quantidade de substância ingerida e, em consequência, menor lesão das paredes do órgão. Uma das lesões foi produzida por corpo estranho, tendo sido acompanhada de cérvico-me-

diastinite flegmonosa por anaeróbios. O sinal de Meningerot estava presente, juntamente com o alargamento do espaço pré-vertebral, levando, em um dos casos, à estenose das vias digestivas superiores. Um outro paciente apresentou a síndrome de Panewitz: disfagia por perturbação reflexa do mecanismo da deglutição, por irritação vagal, produzida por câncer perfurando as paredes do esôfago ao nível do seu 1/3 médio. Em outro caso havia perfuração com fistula esôfago-mediastino-pleural, com provável lesão do ducto torácico e produção de quilotórax. Em outro caso de perfuração com fistula esôfago-mediastinal havia flegmão do mediastino superior estendendo-se até o retroperitônio e produzindo peritonismo.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA, em 24 de agosto de 1949

Presidente: Dr. Horácio Kneese de Mello

Angiocardiografia em algumas afecções cardíacas. — Drs. Cássio Vilaça, Horácio Kneese de Melo, Sérgio Vilaça Braga, Cantídio Moura Campos Filho e Ernesto Azevedo. — Após ligeiro histórico da angiocardiografia, os autores descreveram a técnica empregada, usando, como contraste, Pyelectan Glaxo, na mesma concentração usada em pielografias. A dose é, em geral, de 40 cm³ para adultos, injetados em 2 segundos ou menos. Fazem 3 ou 4 chapas, conforme o caso, com diferenças de alguns segundos. Empregam, geralmente, 70 kilowats e 150 miliampères, com tempo de exposição de 1/20 de segundo. A injeção é muito bem tolerada, não passando as reações de sensação de calor, ao todo, sêde intensa, tudo desaparecendo em poucos minutos. Os autores já fizeram, ao todo, 43 angiocardiografias. Para ilustrar o trabalho apresentaram alguns casos: dois casos de complexo de Einsenmenger, um de tetralogia, um de comunicação

inter-auricular, dois de aneurisma da aorta e dois de estenose mitral. Concluíram que o processo é de grande valor em cardiologia, devendo ser empregado mais amplamente, pois sua execução é simples, dependendo somente de equipe bem treinada.

Comentários. — Dr. Paulo de Almeida Toledo. — É certo que a angiocardiografia permitirá, dentro de pouco tempo, diagnósticos muito seguros, pois as deficiências estão sendo corrigidas. Quando dispusermos de um contraste que possa ser injetado no coração ou veias em maior quantidade, ou mesmo um contraste mais denso e sem inconvenientes, teremos removido grandes dificuldades. Parece-me importante a aplicação da cineradiografia no estudo desses casos, pois, numa pequena fração de tempo, poderíamos ter uma série de imagens. Os Drs. José M. Cabelo de Campos, Eduardo Cotrim e Walter Bonfim Pontes vêm fazendo uma série de estudos neste particular e idearam um dis-

GLÚCIO

(comprimidos)

CÁLCIO - FÓSFORO - VITAMINA D

tríade indispensável

- no tratamento do raquitismo
- na gravidez e lactação
- no suprimento de deficiências alimentares



positivo que permite tirar 5 chapas rapidamente.

Dr. J. M. Cabelo de Campos. — Fomos convidados para trazer os nossos casos e espero que possamos contribuir. Após ano e meio de estudos conseguimos afastar algumas falhas de técnica que, no início, nos pareciam sem importância. Assim, a agulha deve ser bem grossa para permitir injeção de grande quantidade do contraste em pouco tempo. Importante é a questão das chapas, pois devemos tirar o maior número no mínimo de tempo. Nos serviços especializados que visitei cada especialista emprega um aparelho especial; vi, no Rio Grande do Sul, o aparelho da "Casa Lohner", que foi o que mais me agradou; com pequenas modificações, adaptei-o para meu uso. Muito importante é a questão referente ao trabalho em equipe. Trabalhamos com os drs. Walter Bonfim Pontes e J. Reynaldo Marcondes e com o técnico Pedro Cabelo Campos. Quando falha um dos elementos na equipe o trabalho está perdido. Interessante também é o emprego de anestesia. O tionembutal foi usado sem acidentes em adultos, mas é contra-indicado em recém-nascidos, como observamos num dos nossos casos. Apresento agora uma série de radiografias.

Dr. Uzeda Moreira. — Ressalto a necessidade de tirar as radiografias com certa obliquidade, para que fiquem melhores.

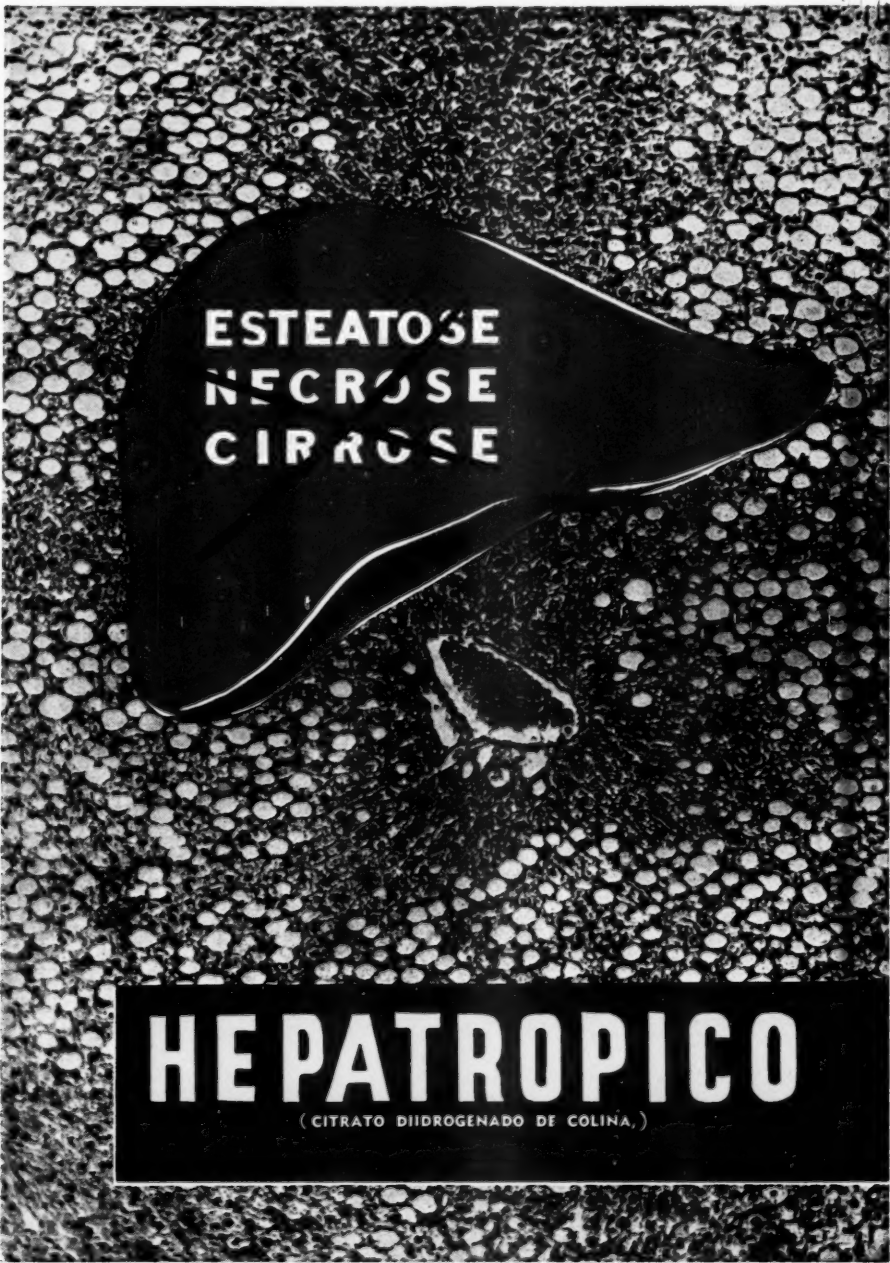
Dr. Italo Domingos Le Voci. — As radiografias que o dr. Horácio Kneese de Mello apresentou nada deixam a desejar em relação às que tive ocasião de ver no México e obtidas com outra técnica. A via usada pelos autores, com introdução do contraste em veia da prega de cotovelo, deve ser a preferida, pois, de modo geral, a utilização da veia jugular necessita um preparo maior do paciente. Ha alguns casos, entretanto, em que a via de introdução mais direta tem as suas vantagens. Nos casos em que suspeitamos de comunicação inter-auricular é muito difícil conseguir que o contraste passe da aurícula

direita para a esquerda, devido à diferença de pressão. Só quando o contraste chega com pressão suficiente ele será capaz de passar para a aurícula esquerda; não acredito que isso aconteça quando a introdução seja feita em veia na prega do cotovelo.

Dr. J. Reynaldo Marcondes. — Creio que, de agora em diante, o dr. Horácio Kneese de Mello adotará anestesia nos seus casos. Com o doente anestesiado poderemos ter a incidência que desejamos e confiança na sua imobilidade e, assim, obter facilmente as radiografias mais apropriadas. As crianças até 6-8 anos devem ser anestesiadas com éter e, depois dessa idade, com tionembutal. Outra particularidade é a questão da seringa; aprendemos no Rio Grande do Sul as vantagens de ampliar a luz da boca da seringa e também a luz do intermediário. Quanto ao fato de termos obtido boas radiografias em quase 100% dos casos enquanto que outros autores só obtêm 30%, creio que isso será devido ao fato de só termos estudado casos de tetralogia de Fallot.

Dr. Reynaldo Chavierini. — Desejava apenas fazer uma sugestão. Nas experiências que tenho feito em cães observei que as injeções com certa pressão no ventrículo esquerdo provocam fibrilação ventricular e morte. Sugeriria que o dr. Horácio Kneese de Mello, em alguns casos, fizesse, juntamente com a injeção de contraste, um estudo eletrocardiográfico para observar qualquer perturbação do ritmo cardíaco. É interessante que todos os autores que apresentaram radiografias nesta sessão não tenham observado qualquer acidente grave.

Dr. Horácio Kneese de Mello. — Respondendo aos comentários direi que, realmente, é possível que, quando encontrarmos um melhor contraste, poderemos estudar melhor estes casos. Temos injetado pequena quantidade (40 cm³); no México parece-me que usam até 80 cm³. Ao dr. J. M. Cabelo Campos agradece a interessante colaboração

A black and white micrograph of liver tissue, showing numerous small, circular hepatocytes. A large, dark, irregular shape is superimposed over the center of the image, resembling a silhouette of a liver or a pathological lesion. The text "ESTEATOSE", "NECROSE", and "CIRROSE" is printed in white, bold, sans-serif capital letters within this dark shape.

**ESTEATOSE
NECROSE
CIRROSE**

HEPATROPICO

(CITRATO DIIDROGENADO DE COLINA.)

LABORATÓRIOS BIOSINTÉTICA S. A.

Praça Olavo Bilac, 105

São Paulo

HEPATRÓPICO

Citrato diidrogenado de colina + proteolizado
integral de fígado + niacinamida.

SOB FORMA DE XAROPE DE SABOR AGRADÁVEL

- 1) - **INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA DE ORIGEM ALIMENTAR, TÓXICA OU INFECCIOSA,**
- 2) - **COMO ANTITÓXICO E DESINTOXICANTE,** acompanhando os tratamentos que podem alterar o parênquima hepático, tais como as sulfanilamidas, os antiúricos, bismúticos, vermífugos, barbitúricos, antiprotozoários, etc.;
- 3) - **NO PRÉ E POST-OPERATÓRIO,** contra a ação nociva dos anestésicos e analgésicos;
- 4) - **NAS AFECÇÕES DAS VIAS BILIARES** (colecistite, icterícia, calculose);
- 5) - **NAS NEFROSES,** especialmente a nefrose lipoidica;
- 6) - **NA CIRRÓSE HEPÁTICA,** especialmente nas formas hipertróficas;
- 7) - **COMO REFORÇANTE À AÇÃO DA INSULINA,** cuja administração pode então ser reduzida no tratamento do diabete;
- 8) - **EM ALGUMAS MOLÉSTIAS CUTÂNEAS** ligadas a alterações do metabolismo lipoidico, tais como a psoríase;
- 9) - **NA ESTEATOSE HEPÁTICA** que sempre acompanha as **FORMAS NEOPLÁSTICAS DO APARELHO DIGESTIVO** e, em geral, dos órgãos abdominais.

DOSES

Em todos os casos mencionados, com exceção do 5 e 6, será suficiente a dose diária de 2-3 colheres das de sobremesa.

LABORATORIOS BIOSINTÉTICA S. A.

Praça Otávio Bilac, 105 — Telefone 52-6910 — SÃO PAULO

RIO
R. Buenos Aires, 17, 1.º
Fone: 43-9161

BELO HORIZONTE
R. Rio de Janeiro, 155, 1.º
Fone: 2-5097

CURITIBA
Rua Emiliano Perneta, 424
Fone: 4637

e eu o felicito pelas excelentes angiografias que tem obtido. A questão da anestesia é também muito interessante, pois o fato de imobilizar o doente facilita muito. O dr. J. Reynaldo Marcondes já nos defendeu dizendo que os 100% de êxito de sua equipe devem ser atribuídos ao fato de se tratar de casos de Fallot. Não temos obtido radiografias tão boas, mas também não estudamos nenhum caso de Fallot. Ao dr. Uzeda Moreira direi que temos feito chapas, tanto em posição frontal, como em oblíqua esquerda. Como disse o dr. Italo Domingos Le Voci, a injeção pela jugular é uma verdadeira operação e isso dificulta sua utilização. Sobre a questão da posição

do doente direi que também fazemos a angiocardiografia com o doente deitado, que nos parece ser a melhor posição. Sobre a questão da experiência em cães referida pelo dr. Reynaldo Chiaverini, outros autores têm feito injeções diretamente na veia, para pieloграфия, sem nenhum acidente e com quantidades de contraste muito maiores do que as usadas em angiocardioграфия. Parece que os acidentes não são devidos a esses fatos, mas sim à própria natureza da substância injetada. Quanto à recomendação de fazer a prova de sensibilidade, creio que os radiologistas também não fazem prova alguma quando injetam contrastes para pieloграфия.

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA,
em 30 de agosto de 1949

Presidente: Dr. Francisco Cerruti

Interrelação entre a Clínica Cirúrgica e a Radioterapia (conferência). — Dr. Raul Mayer. — Apesar dos grandes avanços realizados sob os pontos de vista biológico, clínico e estatístico no estudo da origem do câncer, este se mantém ainda em um desconhecimento relativo, ainda que em mamíferos inferiores se tenham descoberto alguns elementos que permitam supor que a origem não é única correspondendo não só a causas genéticas, hormonais, e ambientais, mas também ao agredido de elementos cancerígenos internos e externos. O autor manifesta seu desacordo em relação ao consenso geral de que a falta de um remédio específico contra qualquer classe de câncer se deva a este desconhecimento de sua origem e acredita que, independentemente disto, a terapêutica do câncer pode progredir baseada em um maior acordo entre cirurgiões e radioterapeutas e, sobretudo, dependendo da maior cultura cancerológica do médico geral das cidades e dos pequenos núcleos rurais. Acredita, além disto, ser pouco possível que se descubra um

remédio único para uma enfermidade polimorfa, que nossa ignorância agrupa sob o rótulo de câncer. Pensa também que pode ser de grande utilidade para o tratamento a criação de centros de diagnóstico precoce, cuidando de descentralizar o diagnóstico e centralizar o tratamento, opinando que o tratamento do câncer não pode ser confiado senão a uma equipe e que a eficiência dessa terapêutica reside num "conjunto de eficiências". Do mesmo modo porque se fala de uma cirurgia radical e de uma cirurgia paliativa, deve-se falar também de radioterapia radical e paliativa, devendo ser a primeira considerada com o mesmo cuidado que se tem para o ato pré-operatório da grande cirurgia, e que o estudo clínico, radiológico e biológico deve ser tão completo como nos casos cirúrgicos. O autor atribui muitos fracassos ao fato de que o radioterapeuta se dedica mais à balística que à clínica e pensa que sua cultura deve estar numa equidistância entre a clínica, a radiobiologia e a balística. Em seguida, o autor refere-se aos elementos básicos que estruturam a

radioterapia, explicando a diferente a que existe entre os conceitos de radiosensibilidade e de radiocurabilidade. Terminando, o autor resume o quadro das afecções que, a

seu juízo, devem ser medicadas com a radioterapia radical ou com a paliativa, e aquelas que ainda não se podem beneficiar com este tipo de terapêutica.

Sociedade Médica São Lucas

SESSAO de 11 de maio de 1949

Presidente: Dr. Waldemar Machado

Sifilimetria pela reação de Migliano. — Dr. Luís Migliano. — O A. falou do pouco interesse demonstrado pelos laboratoristas na experimentação de uma reação que vêm dando ótimos resultados ao limitado número de pessoas que a vêm usando, não só em São Paulo como no Recife. Referiu suas comunicações anteriormente feitas a esta sociedade e os trabalhos que vêm fazendo no intuito de aperfeiçoar a sua reação, de maneira a evitar a já quasi nula porcentagem de resultados falsos que se observaram com todas as reações, mais com umas, menos com outras. Desceu a particulares de técnica, dando orientação para se chegar ao diagnóstico da sífilis. Apresentou uma demonstração prática dos resultados obtidos com a sua reação. O dr. João pe Lorenzo referiu-se a porcentagem de positividade em relação as outras reações usuais. Dr. Waldemar Machado fez considerações sobre as dificuldades de divulgação das novidades nacionais. O Dr. Eurico Branco Ribeiro disse que o que se passa com a reação de Migliano é o mesmo que se deu com o seu pro-

cesso de tunelização para o tratamento da varicocele.

Gastrectomias. — Dr. João de Lorenzo. — O A. falou sobre gastrectomia diante de sua experiência pessoal e da que obteve no convívio da clínica do prof. Benedito Montenegro. Classificou as gastrectomias em totais, subtotais e parciais. Recordou a gastrectomia total feita por Arnaldo Vieira de Carvalho, a 26.º do Mundo, na ordem cronológica. Discutiu pontos de tática no ato cirúrgico. Discorreu sobre a rede linfática que circunda o estômago dividida em 4 zonas, para aplicar esses conhecimentos nos casos de câncer. Particularizou o fechamento do côto duodenal pela laminação aséptica de Gudín e a reconstituição do tubo digestivo pelos vários processos. Passou em seguida um film de gastrectomia subtotal feita pela técnica que usa. O dr. Generoso Concílio falou sobre a inexistência de germens na laminação, que é mais técnica do que real como expressão de asépsia. Sobre o assunto discutiram também os drs. Galdino Vieira e Eurico Branco Ribeiro.

SESSAO de 30 de maio de 1949

Presidente: Dr. Waldemar Machado

Radiologia do antro e canal pilóricos. — Prof. Quirino Codas Thompson. — O A. iniciou a sua palestra falando sobre o exame radiológico do antro pilórico, que denominou antro gástrico. Falou sobre as lesões orgânicas e as si-

tuações fisiológicas e fisiopatológicas capazes de simular lesões orgânicas. Estudou as influências dos órgãos vizinhos e a interferência de medicamentos para facilitar o exame radiológico. Mostrou os enganos da radioscopia e

NEURALGIAS
DORES de CABEÇA
CÓLICAS UTERINAS
DORES DO PÓS-OPERÓRIO

Nealgyl

CLORALOPIRINA
FENACETINA
CAFÉINA

Tubos com 10 drágeas

LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

NEA. P-1

RIO DE JANEIRO



São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

a interpretação de chapas. Depois de várias considerações sobre o diagnóstico diferencial, fez exibir uma longa série de dispositivos discutindo cada chapa apresentada. Na discussão o dr. Cabelo Campos falou sobre a hipertrofia em anel do antro pilórico.

Patologia da 2.ª porção do duodeno. — Dr. Miguel Cêntolo. — O A. falou sobre úlceras, divertículos e tumores da 2.ª porção do duodeno. Fêz uma exposição sobre cada uma dessas afecções, discutindo o diagnóstico diferencial do ponto de vista radiológico. Discutiu o assunto com minúcias apresentando aspectos da técnica radiológica. Chamou a atenção especial para a repleição das vias biliares no tracto terminal, simulando lesão. Apresentou várias radiografias e fêz projetar alguns esquemas elucidativos. Falou também sobre as duodenites, o pâncreas aberrante, o polipo solitário,

as invasões cancerosas. Na discussão o dr. Antonio Ferreira Filho falou sobre a virilidade da ampola de Vater e a raridade do câncer primitivo da 2.ª porção do duodeno, sendo praticamente inexistente a úlcera neoplásia dessa porção, enquanto que o divertículo é achado frequente; condena o critério de sinais indiretos para se firmar o diagnóstico de lesão ulcerosa gastroduodenal. O dr. Miguel Cêntolo responde apresentando esclarecimentos pedidos pelo dr. Ferreira Filho. O prof. Códas Thompson disse ter observado um linfossarcoma da 2.ª porção do duodeno; o divertículo às vezes não é encontrado pelo cirurgião, pois pode estar enclausurado no pâncreas; na úlcera extrabulbar um dado importante é a "encoche" o dedo que aponta a lesão, mais frequente que no estômago; a imagem da ampola de Vater não se pode confundir com a do divertículo.

SESSÃO de 8 de junho de 1949

Presidente: Dr. Nogueira Martins

Tratamento das cicatrizes retráteis das mãos. — Dr. Duarte Cardoso. — O A. apresentou dois casos de queimadura da mão, num deles bastante profunda interessando até os interosseos, pois a mão ficara presa por algum tempo num cilindro de passar roupa; foi feito um transplante de pele do abdome em condições satisfatórias. No outro caso, com lesões extensas dos dedos, fêz o A. enxerto livre com bórdois zigaguenates, afim de evitar retrações lineares. As doentes foram examinadas pelos presentes, sendo então depois dispensado a sua presença. A seguir o A. falou sobre a formação das cicatrizes retráteis das mãos, estudando as suas causas. Expoz a oportunidade do tratamento, acentou que não se deve cruzar com a incisão as dobras da mão ou dos dedos. Mostrou os pontos de tática necessários para se conseguir bons resultados funcionais. Falou sobre

a técnica dos enxertos apresentando um dermatomo fabricado na Argentina. Sobre a área doadora, colca somente papel celofane. Falou sobre os vários tipos de enxerto, apontando as suas indicações. Para haver maior refluxo de sangue, citou os cuidados necessários. O uso de histomina não lhe tem dado os efeitos esperados. Acredita no valor do calor à distância (escalda pés, etc.). Apresentou por fim, fotografias de vários casos que tratou. Na discussão o dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se ao uso da Minista nos enxertos e a obtenção de boas cicatrizes com o uso da pasta de alumínio nas queimaduras. O dr. Nogueira Martins referiu-se ao aspecto médico-legal do tratamento das cicatrizes retráteis; referiu-se também ao tipo de sutura, a oportunidade da intervenção e a permanência dos resultados obtidos. O dr. Gideon de Oliveira cuidou da questão dos

Laboratórios Novotherápica S.A.
SEÇÃO ORTOPÉDICA



APARELHOS E CALÇADOS ORTOPÉDICOS
APARELHAGEM TRAUMATOLÓGICA E DE FISIOTERAPIA

Oficinas aptas a executar quaisquer pedidos do ramo.

Máquinas importadas diretamente da Europa.

Técnicos especializados nas oficinas do Instituto Ortopédico Rizzoli.

AV. BRIG. LUIZ ANTONIO, 324 - SÃO PAULO - FONE, 3-2833 - CX. POSTAL, 384

quelóides. O dr. Cardoso referiu-se a técnica da aplicação de histamina e aos pontos abordados pelo dr. Nogueira; testemunhou os bons resultados da pasta de alumínio; quanto ao quelóide acha que as incisões em zig-zag concorrem para diminuir os quelóides e estes, quando excitados e enxertados, podem reproduzir só na zona de sutura; sempre faz a radiografia em doentes predispostos ao quelóide. O dr. A. Russi referiu-se ao calor à distância para favorecer a pega dos retalhos não havendo hipertemia nos retalhos, ao que informou o dr. Cardoso, que acha fundamental a imobilidade pelo gesso nos enxertos livres. O dr. Paulo Bressan lembrou o uso do whisky ou outro

alcool para melhorar as condições congestivas do foco da lesão.

O lamé como causa de queimaduras. — Dr. Nogueira Martins — O autor cuidou do lamé usado na confecção de roupas brancas e que é facilmente inflamável, produzindo queimaduras perigosas. Já observou um caso lamentável em que uma criança teve a roupa incendiada só pela aproximação de um cigarro aceso que o pai trazia na boca. Pede pois medidas profiláticas para evitar queimaduras dessa origem.

Bisturi elétrico. — Dr. Angelo Espindola. — O autor tentou a demonstração de funcionamento de um bisturi diatérmico.

Outras Sociedades

Associação Paulista de Medicina, Departamento de Cultura Geral, sessão de 1 de dezembro de 1949, ordem do dia: Fenômenos Metapsíquicos — dr. Aníbal Silveira.

Departamento de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 6 de dezembro de 1949, ordem do dia: 1) Eleição da nova diretoria para o ano de 1950; 2) dr. Eduardo de Souza — Educação e saneamento das populações rurais do Estado de São Paulo; 3) dr. José L. Pedreira de Freitas — Resultados da aplicação de "Rhodiatox" e "Cam-mexane" contra triatomídeos. Observações sobre o poder residual.

Departamento de Otorrinolaringologia, sessão de 19 de dezembro de 1949, ordem do dia: 1) Eleição da nova diretoria para o ano de 1950; 2) Exoftalmo em sinusite maxilo-etmoidal — drs. Antonio Corrêa e Marco Elisabetski; 3) Osteo condroma do septo — dr. Moisés Cutin.

Departamento de Medicina, sessão de 20 de dezembro de 1949, ordem do dia: 1) Eleição da nova diretoria para o ano de 1950; 2) drs. Reinando Chiaverini e Augusto da Silveira Mascarenhas —

Bloqueio de ramo transitório no decurso de respiração de Cheyne-Stokes; 3) dr. Paulo de Almeida Toledo — Alguns aspectos da onda Q da onda T nas derivações clássicas.

Departamento de Tisiologia, sessão de 23 de dezembro de 1949, ordem do dia: 1) Eleição da nova diretoria para o ano de 1950; 2) drs. Paulo S. Vilhena de Moraes e Eduardo Etzel — A planigrafia e seu valor no tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar.

Departamento de Dermatologia e Sifilografia, sessão de 30 de dezembro de 1949 ordem do dia: 1) Eleição da nova diretoria para o ano de 1950; 2) dr. Vinício Arruda Zamith — Considerações sobre o aumento de gestantes com sífilis matriculadas na Casa Maternal nos anos de 1945 a 1949; 3) dr. L. M. Bechelli Fernando L. Alayon, J. Soares e G. Merlino — Considerações sobre um caso de mixe-dema circunscrito.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 6 de dezembro de 1949, ordem do dia: dr. Moacir E. Alvaro — Tuberculose ocular.

BRONCHISAN "SILBE"

Comprimidos Anti-Asmáticos

4

agentes anti-espasmódicos com elevada ação:

EFEDRINA

TEOFILINA

BENZILFTALATO DE CALCIO

AMIDOPIRINA

É o medicamento por excelência, pela via *ORAL*, contra a *ASMA* porque

Interrompe os ataques dentro de poucos minutos.

Aborta, sem exceção, os ataques no seu início.

Reduz a susceptibilidade pela desensibilização.

ACONDICIONAMENTO EM VIDRO DE 20 COMPRIMIDOS

LEUKOTROPIN

Fenilcinconinato de hexametilentetramina

REUMATISMOS E ESTADOS INFLAMATORIOS E INFECCIOSOS

ACONDICIONAMENTO EM CAIXAS DE { 2 AMPOLAS DE 10 cm³
5 " " 10 cm³
5 " " 5 cm³

PARA USO INTRAMUSCULAR E ENDOVENOSO

LEUKOSALYL

Fenilcinconinato de hexametilentetramina

Cafeína — Salicilato de sódio

ARTRITE DEFORMANTE — CIÁTICA

ACONDICIONAMENTO EM CAIXA DE 5 AMPOLAS DE 10 cc. PARA USO ENDOVENOSO

Fabricante :

Silbe H. O. — Amsterdam — Holanda

Distribuidores :

REMEDIA

CAIXA POSTAL, 3127

SÃO PAULO

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 13 de dezembro de 1949, ordem do dia: 1) dr. Gastão Rosenfeld — Hemograma e sua interpretação clínica (segunda parte).

Hospital do Juqueri, sessão de 10 de dezembro de 1949, ordem do dia: 1) Parafrenia — Disenteria bacilar; 2) Paralisia geral — Broncopneumonia; 3) Miocardite crônica, insuficiência cardíaca; 4) Epilepsia. Congestão e edema cerebral; 5) Esquizofrenia. Tuberculose pulmonar. — Dr. Edú Machado, José Olímpio Catão Bastos, Moisés Kehler, F. Salles e Belfort de Matos.

Hospital do Juqueri, sessão de 30 de dezembro de 1949, ordem do dia: 1) Estados crepusculares desencadeado por alcoolismo crônico — Dr. Anibal Silveira; Alucinose aguda persecutória (Kleist), com fixação post-onírica — Dr. Mário Robertella; 3) Esquizofre-

nia paranoide com idéias percutórias e pseudo-percepções vegetativas. — Resultado da leucotomia seletiva. — Dr. Mário Robertella.

Instituto de Radium Arnaldo Vieira de Carvalho, sessão de 9 de dezembro de 1949, ordem do dia: 1) Melano carcinoma — dr. Oscar Bueno Nestareza; 2) Carcinoma do palato mole — drs. Plínio Matos Barreto e Zwinglio T. Lessa; 3) Carcinoma do laringe — dr. Fábio Escorel; 4) Carcinoma do bordo da língua — dr. Mendes de Castro.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo, sessão de 4 de dezembro de 1949, ordem do dia: 1) dr. Manoel Pereira — Um aspecto interessante da tuberculose pulmonar no infortúnio do trabalho; 2) drs. prof. Flaminio Favero e Arnaldo Amado Ferreira — Um caso singular de hemiplegia por ferimento a bala.

IMPrensa Médica de São Paulo

Sumário dos últimos números

Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo, vol. XIII-XIV — janeiro a dezembro, 1948-1949, n.º único. — Juqueri desde a sua fundação — sr. Ubirajara Russiano; Resumo da História da Assistência a Psicopatas no Estado de São Paulo — dr. Mário Yahn e sr. Geraldo de Oliveira; Classificação psiquiátrica — prof. Adauto Botelho e dr. I. Cunha Lopes; Subsídio à Revisão da Classificação Brasileira de Doenças Mentais — dr. José Leme Lopes; O Aspecto Neurológico na Classificação das Doenças Mentais — dr. Anibal Silveira; Assistência Hospitalar e Social ao Epiléptico — dr. Francisco Tancredi; Sobre a Leucotomia de Freeman e Watts em três tempos — drs. Mário Yahn, Aloísio Mattos Pimenta e Afonso Sete Júnior; Con-

siderações sobre o tratamento das Esquizofrenias — dr. Henrique Marques de Carvalho.

Arquivos de Biologia, XXXIII, novembro-dezembro 1949, n.º 294. Fator anti-anêmico do fígado e vitamina B12 — Prof. dr. Henrique Tastaldi; O segundo centenário de Eduardo Jenner — Prof. Ernesto Bertarelli; Educação venereológica e combate a sífilis — Edgard Barbosa Ribas; Sobre um caso de coccidiose humana por *Isospora belli* Wenyon, 1923 — dr. Roberto Pasqualin.

Arquivos de Dermatologia e Sifilografia de São Paulo, XII, janeiro a dezembro 1948, n.º 1 a 4. A terapêutica anti-pruriginosa no Pênfigo Foliáceo: Os Anti-Histaminicos de Síntese — dr. Mário

Fonzari; Considerações sobre um caso de Pênfigo Agudo Febril — drs. Benedictus Mário Mourão e João Paulo Vieira; Organização do Serviço do Pênfigo Foliáceo — dr. João Paulo Vieira.

Arquivos Médicos Municipais, vol. 1, setembro 1949, n.º 3. — A importância das moléstias cardiovasculares — dr. Dante Pazzanese; Da hipertensão Arterial: Diagnóstico e possibilidades terapêuticas — L. Mendonça de Barros.

Arquivos de Neuro-Psiquiatria, VII, dezembro 1949, n.º 4 — Leucomia pré-frontal em menores — drs. Mário Yhan, Stanislaw Krynsky, A. Mattos Pimenta e Afonso Sette Junior; A "sensação de facada" como resposta estereotipada às excitações do peritônio parcial — drs. Alfred Ruersperg, Orlando Aidar e Silvio A. Barros; O líquido cefalorraqueano no linfogranulomatose venéria — drs. Erasto Prado, J. Batista dos Reis e Antonio Bei.

Boletim de Higiene Mental, VI, outubro 1949, n.º 62. — Exame médico pré-nupcial — Spartaco Vizzotto; Higiene Mental e Política — dr. José Angele Gaiarsa.

O Hormônio, 1, setembro 1949, n.º 1. — Alguns aspectos do diagnóstico clínico endocrinológico — dr. A. Querido.

Resenha Clínico-Científica, XVIII, novembro 1949, n.º 11. — O eletrencefalograma na epilepsia humana — Giuseppe Moruzzi; Sobre as síndromes da loja supraclavicular — Francisco Paulo Tinazzi; Prostatectomia retropúbica pela técnica de Millin — Fernando Paulino.

Revista do Hospital das Clínicas, IV, n.º 3, julho 1949. Uma técnica de gastrectomia ampla para o tratamento do Câncer Gástrico Prof. Eurico da Silva Bastos; Novo método de gastrostomia permanente. Apresentação de Casuística Clínica — drs. Fábio S.

Goffi e Roberto Millan; Hipoglicemia e coma hipoglicêmico consequentes à intoxicação aguda por álcool etílico — drs. Cássio Botura, Dirceu P. Neves, Emilio Mattar, Hélio L. de Oliveira e Antonio Ulhôa Cintra; Calculose Renal associada à imobilização prolongada — drs. Antonio B. de Ulhôa Cintra, Hélio L. de Oliveira, Emilio Mattar, Antonio Z. Flosi e Silvio Soares de Almeida; Cicloplegia pela Dielectrólise — drs. W. Rolim de Moraes e João Celeste; Estrabismo funcional. Conceito atual. Tratamento — dr. João de Souza Dias.

Revista do Hospital N. S.ª Aparecida, vol. II, julho, agosto e setembro 1949, n.º 3. — Contribuição da endoscopia no diagnóstico do C. do reto — Brasil Filho; Algumas considerações sobre o metabolismo da água; Hene Mansur Sadek; Algumas observações sobre a possível relação entre a tireoide, o megacolo, e megoesofago — Vicente D'Amato e Eugênio Mauro; Luxação recidivante do ombro — dr. Fernando B. Pontes.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, IX, outubro 1949, n.º 10. Gastrite sub-aguda simulando carcinoma gástrico. — Dr. Mário Ramos de Oliveira; A esplenomegalia e ascite na esquistossomíase de Manson-Pirajá da Silva. Indicação da operação de Talma, anterior a esplenectomia. Estudo da casuística pessoal — dr. Sebastião Hermeto Júnior; Tecido pancreático aberrante da parede gástrica — drs. Wilson Fry e Victor Pereira.

Revista Paulista de Medicina, XXXV, novembro 1949, n.º 5. — Tratamento da actinomicose do tipo endógeno pela penicilina — drs. Luis M. Bechelli, Carlos da Silva Lacaz; Contribuição ao estudo da reação de Galli Mainini — drs. Durval Rosa Borges e Paschoalino Sapienza; Sarcoma do baço. A propósito de um caso — drs. Aruleno Novais e Wilson Fry; Cálculo coraliforme em rim único

cirúrgico — dr. Roberto Rocha Brito; Nova técnica depilatória radioterápica do cabelo e da barba — Dr. Afonso Bianco; Considerações sobre a socialização da profissão médica no Brasil — Prof. Jairo Ramos.

Selecta Chimica, junho 1940 — junho 1949 n.º 8. — Sobre a decomposição Térmica da Piridina — Paulo Krumholz; A natureza do coração — Alfred William Gauger; *Chronica Chimica* — Anni MCMIL — Henrich Rheinboldt.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Colégio Internacional de Cirurgiões

Capítulo Brasileiro. — As atividades do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões continuam em progressão crescente não só na sede mas também nas várias Regionais esparsas pelo país.

Estão adiantados os preparativos para as solenidades da instalação da Regional do Rio de Janeiro, da Regional de Salvador e da Regional de Belo Horizonte, todas marcadas para o mês de março corrente.

Essas atividades têm refletido tão favoravelmente no conceito do Capítulo Brasileiro junto à alta direção do Colégio, que no dia 2 de dezembro corrente foi eleito Membro do "Board of Trustees", o dr. José Avelino Chaves, que havia

trazido para o Brasil a missão de reorganizar o nosso Capítulo.

Pela segunda vez o Colégio Internacional de Cirurgiões confere a Membros do Capítulo Brasileiro altas distinções.

A 23 de outubro p. p., foi inaugurado solenemente o retrato a óleo do prof. Carlos Gama na Galeria dos Presidentes dos Capítulos na sede do Colégio Internacional de Cirurgiões, em Chicago, e agora é nomeado para a junta administrativa o dr. José Avelino Chaves.

Assim, esses dois antigos "Fellow" que organizaram o Capítulo Brasileiro de Maio a Setembro do corrente ano, foram homenageados pela alta direção do Colégio internacional de Cirurgiões.


Escola Paulista de Medicina

Dispensa de dívida com o Governo Federal. — Em solenidade realizada a 1 de dezembro no Palácio do Catete, o presidente da República sancionou a lei que dispensa o restante da dívida contratada pela Escola Paulista de Medicina, através do Governo Federal, para construção de um hospital de Caridade nessa Capital. Compareceu incorporada a congregação daquele estabelecimento, vendo-se presentes o presidente da Câmara dos Deputados, os ministros da Educação, Fazenda e Trabalho, vice-governador de S. Paulo, sr. Novelli Júnior, vários parlamenta-

res, representantes da Associação dos Ex-Alunos daquela Escola, representantes da Escola de Enfermagem de S. Paulo e o reitor da Universidade do Brasil.

Após a assinatura pelo presidente Gaspar Dutra do decreto, que foi referendado pelo ministro da Fazenda, foi feita a comunicação da resolução da Congregação da Escola Paulista de Medicina conferindo ao chefe do Governo o título de doutor "honoris causa".

A seguir, saudando o presidente Gaspar Dutra e agradecendo o benefício, falou o prof. Alvaro Gui-



de sol a sol

*24 horas de manutenção de elevado nível de
penicilina no sangue.*

WYCILLIN R 400

100.000 unidades de Penicilina Potássica

300.000 unidades de Penicilina Procaína

PARA INJEÇÃO AQUOSA

AÇÃO DUPLA

imediata e prolongada

Fontoura-Wyeth

marães Filho, diretor da Escola Paulista de Medicina.

O acadêmico Aldo Bartolomeu presidente do Centro Acadêmico Pereira Barreto, fez entrega ao

presidente Dutra de uma flâmula enviada pelos seus colegas. Falou por último, agradecendo, em nome do presidente da República o ministro Clemente Mariani.

Faculdade de Medicina

Doutorandos de 1949. — Realizaram-se em dezembro último as festas de formatura dos doutorandos de 1949 da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foi paraninfo dos novos médicos o professor Luciano Gualberto, catedrático de Urologia. O orador da turma foi o doutorando Mussa Hachul. O programa foi o seguinte: às 9 horas, missa solene na Igreja do Convento do Carmo, oficiada pelo cardeal de São Paulo. As 20,30, no Teatro Municipal, sessão solene de colação de grau. São os seguintes os doutorandos de 1949:

Alberto Adde, Alberto David Domingos Federman, Albino Guimarães Amaral, Aldo Oliveira Lino, Alfredo Duarte Cabral, Alvaro da Cunha Bastos, André Dias de Aguiar Júnior, Antonio Carlos Campos Junqueira, Antonio Cirillo, Antranik Manissadjian, Armando Botter Bernardi, Arthur Osorio de Aguiar Pinto Junior, Belmiro Pinto Caetano Rodolpho Cutolo, Carlos Vita de Lacerda Abreu, Celestino Bourroul Filho, Dalva Deusa Monti, Darcy de Freitas Vellutini, Decio Aranha Pereira, Dorina Rosetta Giannetta Reichhardt, Eleardo Braga Mosteiro Junior, Elmo Bittar, Elza Bacellar Dias, Ernesto Lima Gonçalves, Ewaldo de Melo Fleury, Flavio Galender, Francisco Nasta-

ri, Gabriel Russo, Galaor de Araujo Filho, Geraldo Paulo Bourroul, Gilson Quarentei, Guilherme Pereira da Silva, Hedda Arminante, Hozael José Pagano Botana, Ichok Dawid Mandelbaum, Irajá Lopes Ribeiro, Jairo de Andrade e Silva, Jayme Gonçalves, João Andrade de Souza Junior, João Baptista de Camargo Alves, João Henrique Steffen Junior, João Nicolau, José Leite Fernandes, José Roberto de Freitas Azevedo, José Themistocles de Aguiar Tartari, Kitiro Kumagal, Luiz Pavesio, Maria Aparecida Ferraz Paál, Mauricio Aied, Mia May Zuliani Keppler, Michel Pinkus Rabinovitch, Miguel Bove Netto, Milton Carlos de Siqueira Ferreira, Milton Guper, Milton Peixinho, Mussa Hachul Nagib Curi, Nelson Manoel do Rego, Noemy Churquin, Norberto Augusto Longo, Norberto Belliboni, Octavio Costa, Olivio Stersa, Orlando Natale Basso, Paulo Alvim de Freitas, Paulo Lucio Salles Arcuri, Paulo Prata, Reinerio de Souza Carvalho Filho, Renato Hélios Miglorini, Roberto B. Tomchninsky, Rolf Bento Fladt, Rubin Rubinsky, Samuel Mitelman, Scylla Duarte Prata, Sergio Goulart de Faria, Sergio de Lima, Samuel Werebejczk, Walter Hermann Siegl Walter de Paula Pimenta, Walter Pellegatti, Wilson da Costa Funfas.

Santa Casa de Misericórdia

Pavilhão de Tuberculose Infantil

— No Hospital São Luis Gonzaga, em Jacanã, foi inaugurado solenemente no dia 21 de dezembro, o Pavilhão de Tuberculose Infantil, secção da Santa Casa de Miseri-

córdia. Na ocasião, procedeu-se à benção da placa com o nome do sr. Sinésio Rangel Pestana, fundador da referida unidade. Ao ato compareceram, além do provedor, sr. José Cassio de Macedo Soares,

SEDAGUT

Marfanil

+

SEDAGUT

Ácido azofucsino salicílico

SEDAGUT

Antirreccioso e
descongestionante do
orofaringe

SEDAGUT

é um produto



"Torres"

membros da Irmandade da Santa Casa e grande número de médicos acompanhados de suas respectivas famílias.

O Pavilhão Infantil tem capacidade para cem crianças atacadas de tuberculose óssea e está aparelhado para promover a recuperação dos afetados. Para a construção dessa unidade do Hospital São Luís Gonzaga, contribuiu financeiramente, apoiando a iniciativa da Santa Casa, o Serviço Nacional de Tuberculose.

A SOLENIDADE DA BENÇÃO

As 11 horas teve início a solenidade da benção da placa em homenagem ao sr. Sinésio Rangel Pestana. A seguir, o sr. Antonio de Padua Sales descerrou a cortina, tendo saudado o homenageado o prof. Cantídio de Moura Campos. Disse que a placa era a própria história daquela pequenina casa infantil. Ali médicos, doentes, irmãs perpetuavam o trabalho fecundo do homenageado, cuja vida inteira fora dedicada aos doentes. Ali se celebrava uma tradição que condiz com os sentimentos superiores do homem. O sr. Sinésio Rangel Pestana para os doentes tem sido não apenas o médico, mas, sobretudo, o irmão. Como representante da Santa Casa de Misericórdia, o orador saudou no homenageado a figura de um grande batalhador.

Falou, a seguir, o sr. Antonio de Padua Sales, que saudou no homenageado o artífice daquele estabelecimento.

A ORAÇÃO DO PROF. JAIRO RAMOS

Seguiu-se com a palavra o prof. Jairo Ramos, chefe do corpo clínico do Hospital, que falou em nome dos médicos do estabelecimento. Disse que há quatro anos teve oportunidade de sugerir a mesa administrativa da Santa Casa, em nome das irmãs, dos médicos, dos serviços, que se desse àquele pavilhão o nome de Sinésio Rangel Pestana, a fim de que se prestasse uma homenagem ao

trabalho. A mesa administrativa aceitou a idéia dos médicos, dando, assim, o nome do homenageado ao pavilhão infantil do Hospital São Luís Gonzaga. Sinésio Rangel Pestana, merecia aquela homenagem, pois seus cabelos encaneceram na luta contra a doença, trabalhando quarenta anos para a Santa Casa de Misericórdia. Quase toda sua existência foi dedicada aos hospitais, e por onde quer que tenha passado deixou marcas de sua personalidade, de sua capacidade de trabalho e, sobretudo, de seu generoso coração.

AGRADECE O HOMENAGEADO

Agradecendo, falou o sr. Sinésio Rangel Pestana. Declarou que se sentia lisonjeado e constrangido com a homenagem que recebia naquele momento. Lisonjeado, pela honra que lhe concediam de destacar-lhe um valor que está muito acima do que lhe atribuem. E constrangido, porque outros deveriam receber tais homenagens. Refere-se à atividade da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, não poupando esforços em seu grandioso trabalho. O pavilhão infantil pôde nascer e desenvolver-se graças à generosidade de dona Darci Vargas, do sr. Numa de Oliveira e de numerosos outros doadores que contribuíram para aquela obra. As doações atingiram quase um milhão de cruzeiros, com o que foi possível erigir o edifício destinado ao tratamento das crianças tuberculosas. Não poderia esquecer aqueles colaboradores, como não poderia, igualmente, esquecer os nomes de Antonio de Padua Sales e Clemente Ferreira, dois campeões na luta contra a doença. Finalizou agradecendo a homenagem, que julgava extensiva à mesa administrativa da Santa Casa e aos generosos contribuintes.

Quando o sr. Sinésio Rangel Pestana terminou sua oração, um dos pequenos internados, o menino Gutemberg Rodrigues de Lima, lhe ofereceu um mimo, em nome das crianças doentes do pavilhão.

Hormônios puros "CIBA"

PERANDREN

Propionato de testosterona
Hormônio testicular sintético

No homem: Astenia sexual, Perturbações do desenvolvimento, Insuficiência testicular, Hipertrofia da próstata, etc.
Na mulher: Mastopatias, Fibromas, Acne, etc.

Empólas de 5, 10 e 25 mg.

Pomada

PERCORTOL

Acetato de desoxicorticosterona
Hormônio córtico-suprarrenal sintético

Doença de Addison, Doenças infecciosas agudas graves, Caquexia, Toxicoses, Choque cirúrgico, Queimaduras, etc.

Empólas de 5 e 10 mg.



LUTOCYCLINA

Hormônio sintético do corpo amarelo
Progesterona "Ciba"

Menorragias, Metrorragias, Polimenorreia, Dismenorreia, Abôrto iminente, ou habitual, etc.

Empólas de 2, 5 e 10 mg.

Comprimidos de 5 mg.

OVOCYCLINA

Hormônio folicular puro

Amenorreia primária e secundária, Hipomenorreia, Oligomenorreia, Esterilidade.

Empólas de 1 e 5 mg.

Comprimidos de 0,04 mg.

Pomada



PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.

RIO DE JANEIRO - Av. Venezuela, 110 - C. P. 3437

SÃO PAULO

Av. Brig. Luiz Antonio, 389/395 - C. P. 3678

PORTO ALEGRE

Avenida Alberto Bins, 400 - C. P. 1471

BELO HORIZONTE

Rua dos Caetés, 871 - C. P. 123

RECIFE

Rua 7 de Setembro, 128 - C. P. 439

Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

Prof. Torsten Teorell. — A convite da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e do Centro Cultural Brasil-Suécia, visitou S. Paulo, nos dias 9 e 10 de dezembro de 1949 o prof. Torsten Teorell, professor de Fisiologia da Universidade de Uppsala.

O prof. Teorell tem trabalhado, nos últimos vinte anos, em assuntos de Fisiologia Geral, tais como a dispersão da luz pelas soluções coloidais, permeabilidade celular, mecanismo de secreção do suco-gástrico, propriedades elétricas dos tecidos vivos, química de proteínas e imuno-química. Foi discípulo de Hammarsten, o fundador da fisi-co-química dos ácidos nucléicos, trabalhou ainda no laboratório de Staring, em Londres, colaborou com Heidelberger em vários trabalhos de imuno-química e compôs recentemente uma teoria sô-

bre o mecanismo das reações de imunidade; em Nova York trabalhou ainda com Osterhout sobre permeabilidade celular. Desde 1940 é o professor de Fisiologia e diretor do Instituto de Fisiologia da Universidade de Uppsala.

Em São Paulo, o prof. Teorell desenvolveu as seguintes atividades científicas:

I) — No dia 9, no Auditório do Instituto Biológico, — “Aspectos quantitativos das reações antígeno-anticorpo” (Conferência).

II) No dia, no Auditório do Clube Scandinavo, “Educação médica e pesquisa científica na Suécia” (Conferência).

III) No dia 10, no anfiteatro de Química da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, “Equilíbrio iônico em biologia e o problema da acidez gástrica” (Seminário).

Universidade de São Paulo

Prof. Caetano Del Vecchio. — A convite da Universidade de São Paulo, esteve nesta capital, no mez de dezembro o prof. Caetano Del Vecchio, diretor do Instituto de Higiene de Napoles e um dos mais ilustres cientistas italianos, assistente do prof. Misserolli.

Durante a sua permanência em São Paulo, o prof. Del Vecchio, que adquiriu renome internacional com importante descoberta das quatro raças do anofele *maculipenis* — conseguindo descobrir uma substância, a antibrucelina, que está dando excelente resultado no tratamento da brucelose humana — realizou conferências sobre assuntos de sua especialidade.

A primeira palestra do cientista italiano realizou-se na Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade de São Paulo, onde o prof. Del Vecchio falou sobre o tema: “Tratamento das Bruceloses”, assunto de muito interesse também no campo da Medicina Veterinária, pois a brucelose ataca tanto o homem quanto certos animais, principalmente o gado.

O prof. Del Vecchio participou de uma mesa redonda, na Faculdade de Higiene e Saúde Pública, na qual discutiu com especialistas de São Paulo assuntos relacionados com os seus estudos e pesquisas.

Evite os males da ociosidade, procurando trabalhar e praticando assiduamente um esporte qualquer. — SNES.



TRANSPULMIN

TRANSPULMIN

Solução oleosa à 3% de quinina básica, cânfora e óleos etéreos.



Para a quinino-terapia parenteral e indolor das afecções inflamatórias das vias respiratórias:

Gripe, bronquite aguda e crônica, pneumonia, bronco - pneumonia, bronquiectasia, abscesso pulmonar, etc.

Profilaxia da pneumonia post-operatória.

APRESENTAÇÃO:

Caixa com	3	ampolas de	1,2	cm ³
" "	6	" "	" "	"
" "	12	" "	" "	"
" "	75	" "	" "	"
" "	250	" "	" "	"



Homburg



Farmaco Ltda

Rua Dom Gerardo, 42-2.º

TELEFONE 23-2610

CAIXA POSTAL 3107

RIO DE JANEIRO

Serviço Nacional de Lepra

Prêmios para Monografias. — Com o objetivo de estimular os nossos técnicos, enriquecer a literatura sobre leprologia e propagar os conhecimentos e estudos feitos em nosso meio, vem o Serviço Nacional de Lepra instituindo concursos de monografias que têm alcançado êxito, permitindo a publicação de magníficas obras muito bem acolhidas no país e no estrangeiro. Foram premiadas até agora 16 monografias, sendo 10

com o primeiro prêmio, 2 com o segundo e 4 com o terceiro. O S. N. L. publicou onze dos trabalhos premiados, alguns dos quais por se acharem esgotados, estão sendo reeditados, entre eles o Tratado de Leprologia. Acaba de ser realizado um novo concurso, obtendo o primeiro prêmio com a monografia "Compêndio de Leprologia" os d^{rs}. Luis Marino Becheli e Abraão Rotenberg, médicos leprologistas de S. Paulo.

Sociedade Brasileira de Protologia

Nova diretoria. — Em sessão realizada no Rio de Janeiro, foi eleita a nova diretoria da Sociedade Brasileira de Protologia para 1950, que ficou assim constituída: presidente, dr. Brasil Filho (São Paulo); vice-presidente, dr. Walter Gentil Melo (Rio de Janeiro), secretário, dr. Daher Cutait, (São

Paulo); e tesoureiro, dr. Erasto Prado (São Paulo).

Durante o ano social de 1950, a Sociedade terá sua sede no Serviço de Protologia do Hospital N. S. Aparecida, nesta Capital. Para aí deverão ser enviadas todas as comunicações científicas e assuntos de outra natureza do interesse dos associados.

Necrológio

Dr. Francisco Tancredi. — Causou profunda consternação nesta Capital, a notícia do falecimento do dr. Francisco Tancredi, uma das mais acatadas figuras da nova geração da psiquiatria Paulista. Natural de Bocaina, onde nasceu a 24 de dezembro de 1912.

Fêz os cursos fundamentais em S. Paulo e diplomou-se pela Universidade do Rio de Janeiro em 1934. Desde o início de sua carreira, dedicou-se à Psiquiatria em cuja especialidade se tornou logo um dos primeiros, pela cultura adquirida, pelos cargos ocupados e trabalhos realizados.

Em 1934 foi interno do Hospital Nacional de Assistência a Psicopatas e da Cadeira de Clínica Psi-

quiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Transferiu-se para S. Paulo onde após ter estagiado no Hospital do Juqueri, foi nomeado médico interno do mesmo estabelecimento e posteriormente interno do Manicômio Judiciário. No Manicômio Judiciário trabalhou até 1948 e exerceu o cargo de psiquiatra, tendo por diversas vezes exercido interinamente o cargo de Diretor. Em 1948 foi transferido para o Hospital Central do Juqueri como chefe de clínica da segunda seção masculina. Na atividade particular exercia a clínica psiquiátrica e em 1941 fundou, com outros colegas o Sanatório Charcot, hospital para tratamento de moléstias men-

ais, do qual atualmente era seu Diretor.

Publicou vários trabalhos sobre a especialidade, dentre os quais destacam-se os seguintes: Prognóstico e Terapêutica da Epilepsia; Homicídios e delitos sexuais de graves proporções cometidos sob impulsão epilética; Síndromes neuro e psico anêmicos; Contribuição para o estudo da Encefalite Letárgica; Coreia de Sydenham; Personalidade esquizoide anestésica. Reação homicida hipsterico-impulsiva. Comportamento glicêmico nos casos cha-

mados insulino-resistentes no tratamento de Sakel; Mecanismos crimogênicos nos estados crepusculares; epileticos. O líquido cefalo-raquidiano cisternal e lombar — conceito de normalidade. O tratamento das esquizofrenias crônicas pelos métodos de Sakel e Meduna; Síndrome superior do núcleo vermelho, forma coreo-atetósica; Das provas experimentais na epilepsia; Contribuição ao estudo da incidência de psicoses e neuroses em associados de Institutos de Aposentadoria. Aspecto Social.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Patologia da vesícula

Tumores benignos. — Com o título "Sui tumori benigni della cistifellea", publicou o dr. Pietro Majone no "Giornale Italiano di Chirurgia" Napoles, V, 287 — 302, maio 1949, um interessante artigo sobre essa localização de processos não cancerosos.

O Autor inicia salientando a raridade dos tumores benignos da vesícula. A radiologia permitiu que já não são simples achados de autopsia. São em geral tumores do fundo coincidindo em alta percentagem com litíase, não apresentando sintomatologia própria.

O A. refere-se particularmente aos papilomas, que apresenta co-

mo tumores benignos, assinalando os seus característicos radiológicos, para diferenciá-los dos cálculos de colesterina, que não apresentam relações fixas com as paredes da vesícula. Refere-se a estatística da Clínica Cirúrgica de Napoles, baseada em 129 casos operados de colecistopatias, nos quais havia 4 de carcinoma e 2 de tumores benignos — um adenomiofibroma cístico e o outro um adenoma papilífero. Discutindo os casos, o A. assinala a possibilidade de os tumores benignos provocarem dor mesmo sob a forma de cólicas, o que dificulta o diagnóstico diferencial.

O tratamento do acesso de paludismo

Comparação da eficácia da Nivaquine e da paludrine — No hospital de Quantoi, na Cochinchina, J. Canet fez um estudo comparativo da eficácia da Nivaquine — sulfato de N-dietilamino-isopentilamino-4-cloro-7 quinoleína e da paludrine — N₁ (p. clorofenil) N₅-isopropilbiguanida no tratamento do acesso palustre agudo.

A dois grupos de 140 impaludados — 120 por "Plasmodium faci-

parum" e 20 por "Plasmodium vivax" — sob as mesmas condições, administrou-se dose diária de 0,30 g de produto.

Destas observações concluiu que:

1 — Nivaquine e paludrine possuem notável eficácia nas formas agudas do paludismo. Esta eficácia não é idêntica, entretanto, quando se considera o desapare-

cimento da febre, por um lado, e o desaparecimento dos esquizontes, por outro lado.

Apirexia	Nivaquine	Paludrine
1.º dia. . . .	0%	0%
2.º "	64%	35%
3.º "	95%	67%
4.º "	97%	85%
5.º "	99%	97%

Desaparecimento dos esquizontes	Nivaquine	Paludrine
1.º dia. . . .	0%	0%
2.º "	0%	0%
3.º "	22%	19%
4.º "	73%	57%
5.º "	95%	84%
6.º "	99%	97%

A ação da nivaquine é sensivelmente mais rápida. Quase todos os acessos foram curados, no mais tardar, na noite do quinto dia com nivaquine. Com a paludrine os mesmos resultados só foram obtidos 24 horas mais tarde.

Esta diferença torna-se mais nitida quando se considera os resultados de acôrdo com a variedade dos hematozoários.

Plasmodium falciparum:

Apirexia	Nivaquine	Paludrine
2.º dia. . . .	61%	36%
3.º "	93%	66%
4.º "	97%	87%

Desaparecimento dos esquizontes	Nivaquine	Paludrine
3.º dia. . . .	24%	20%
4.º "	75%	60%
5.º "	95%	89%

Plasmodium vivax:

Apirexia	Nivaquine	Paludrine
2.º dia. . . .	75%	35%
3.º "	95%	70%
4.º "	100%	75%
5.º "	—	95%
6.º "	—	100%

Desaparecimento dos esquizontes	Nivaquine	Paludrine
3.º dia. . . .	15%	15%
4.º "	60%	55%
5.º "	95%	60%
6.º "	100%	85%
7.º "	0%	100%

A ação da nivaquine contra o "Pl. falciparum" é sensivelmente mais rápida e mais intensa que a da paludrine. Contra o "Pl. vivax", a nivaquine age com mais rapidez e regularidade que a paludrine. A nivaquine parece ser também muito eficaz contra o "Pl. madariae".

3 — Os dois produtos parecem ser inativos para as formas sexuais do "Pl. falciparum".

4 — A eficácia da nivaquine sobre os sintomas gerais do acesso palustre é mais rápido, mais completo e mais constante que a da paludrine.

5 — Parece ser idêntica a inocuidade de ambos os produtos nas doses curativas normais — 0,30 g por dia. Doses mais elevadas — 1 g por dia durante cinco dias — conquanto superiores às doses úteis, são igualmente bem toleradas. Ligeiros distúrbios, tais como anorexia, cefaléia, insônia, aliás muito raros, aparentam idiossincrasias. São, entretanto, mais frequentes com a paludrine que com a nivaquine.

Não se observaram manifestações cutâneas, nem síndrome renal, em nenhum dos 280 doentes.

Conclusão

Do ponto-de-vista curativo do acesso palustre agudo, nivaquine e paludrine são dotados de atividade, inocuidade e maneabilidade superiores às de seus predecessores.

Visto ser dotada de propriedades curativas mais nítidas, Canet dá preferência à nivaquine. (Do Bulletin de la Soc. de Pathologie Exotique, XLI, 661, novembro-dezembro de 1948).

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Symposium de hematologia y hemoterapia (1948). — Jorge Guash, Raichs, Trincão e Suriyach, Editorial Miguel Servet, Provenza, 224, Barcelona, 1949.

Com o presente volume se inicia a publicação de uma série de livros destinados a ter grande aceitação, em virtude da difusão cada vez maior da aplicação da hematoterapia, exigindo consequentemente maiores e os mais recentes conhecimentos sobre os progressos da hematologia. Cada volume conterá monografias sobre temas de atualidade, além de resumo bem explícito da literatura sobre o assunto em determinado período, com mais pormenores relativamente aos trabalhos espanhóis e sul-americanos. O primeiro volume, que acaba de ser editado, refere-se às novidades de 1948, versando especialmente as neutropenias severas, a esplenectomia no kala-azar, a elipticocitose, a leucemia na gravidez, o quadro hemático na alergia, o fator Rh na Espanha e a terapêutica intraóssea. O volume contém 522 páginas com quadros e ilustrações.

Handbook of Medical Management, Milton Chatton, Sheldon Margen e Henry Brainerd, University Medical Publishers (Box 761), Palo Alto, Ca. (Estados Unidos), 1949.

É um manual destinado ao estudante e ao médico prático para lhe oferecer a sugestão do melhor tratamento para cada caso diagnosticado e apreciado nas suas condições do momento. Organiza-

do sob um critério sumamente prático este livro é realmente útil, não só pela facilidade do seu manuseio como principalmente por conter as últimas novidades em terapêutica. O volume contém perto de 500 páginas, com figuras ilustrativas de várias medidas terapêuticas. Preço 3.000 dólares.

Alguns aspectos do bócio endêmico. — Atlântido Borba Côrtes, tese de concurso para catedrático, Imprensa Paranaense, Curitiba, 1949. Para a conquista da cátedra de Clínica Médica de Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná, Atlântido Borba Côrtes apresentou um bem conduzido e bem documentado trabalho sobre a endemia do bócio em Curitiba. Em 181 casos de indivíduos da capital e outras cidades do Paraná, encontrou taxas normais de metabolismo, comparáveis com as de indivíduos normais, tendo examinado para controle 64 soldados. Médico militar, estudando preferentemente material colhido nos quartéis, concluiu o A, que "as condições psicológicas e físicas da vida militar favorecem o desenvolvimento do bócio nos indivíduos portadores de discreta hipertrofia glandular". Insiste na instituição de medidas profiláticas contra o bócio endêmico, recomendando as que julga mais práticas. O volume tem perto de 200 páginas, com boa apresentação gráfica.

Le guide du médecin hors de France. — Jean Trabaud, 2 vols., Vigot Frères, Paris, 1947 e 1948.

Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

Medico radiologista

Radiodiagnostico e Radioterapia

RUA MARCONI, 94 - 2.º andar

Telefone, 4-0655

(EDIFICIO PASTEUR)

Residencia:

Rua Tupi, 593

Telefone, 51-4941

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS
INTESTINAL PELO DERIVADO
FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil - Sulfatiazol com Vitamina K e B1)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Praça da Liberdade, 91

São Paulo

Esta obra é feita especialmente para os médicos que deixam as capitais para clinicar nas regiões coloniais, todas elas situadas em clima tropical. Assim, a matéria contida resume-se em apreciar as moléstias tropicais e apresentar a sua terapêutica à luz do mais modernos conhecimentos. O primeiro volume é um "guia clínico" e contém mais de 450 páginas; e segundo volume é um "guia terapêutico" e contém perto de 350 páginas. É sem dúvida uma obra muito útil para aqueles para quem foi feita.

A cirurgia sem mistérios. — M. Benmosche, tradução brasileira de Mário Rangel, Irmãos Di Giorgio & Cia. (Rua Lavradio, 114), Rio, 1945.

Sob o título "A surgeon explains to the layman", Benmosche, da Universidade da Virginia, Estados Unidos, escreveu um livro de orientação e informação para o leigo no que respeita às doenças que se tratam cirurgicamente. É livro destinado a afastar o temor das operações, desvendando aos candidatos à cirurgia conhecimentos que lhes serão úteis para colaborar com a atuação do operador. O volume contém 280 páginas.

Terapêutica interna de las dermatoses. — Por Henrique Passos Grau — Editora "Miguel Svit" Madri, 1948.

Com fundamento na fisiopatologia geral o sr. Henrique Bassos Grau, membro da Real Academia de Medicina de Madrid, nos apresenta um precioso volume dedicado à terapêutica interna das dermatoses. A pele é indiscutivelmente reflexo de alterações patológicas do organismo, que se exteriorizou de

maneira as mais diversas. A terapêutica externa nesses casos é secundária e a etiologia exata de certas dermatoses necessitam ser buscada para um tratamento eficaz.

Fazendo de início considerações anatomo-fisiopatológicas, estuda a anatomo-fisiologia da pele, os fatores etiológicos fundamentais em uma síntese mesológica das dermatoses. Na segunda parte de seu livro, dedicado à terapêutica etiopatogênica, estuda em minúcia os estímulos causais, químicos e biológicos, as medicações desensibilizantes, específica e inespecífica, inclusive as neutralizantes das substâncias ativas liberadas pela reação célula alterada. O metabolismo celular cutâneo é encarado sob o ponto de vista do equilíbrio aquoso-salino, de Ph e da respiração celular.

Da mesma forma a modificação dos mecanismos reguladores do trofismo celular, aí incluído as do sistema nervoso vegetativo, do sistema endócrino, da hematopoiese.

Na terceira parte estuda as medicações coadjuventes, que sejam as que modificam os processos mórbidos que acompanham as dermatoses e as medicações sintomáticas. Estabelece depois o regime dietético com os principais regimes usados em dermatologia, a crenoterapia, com o estudo da ação das águas minerais nas bacias dermatoses sua indicações e contraindicações, o tratamento climático e o psicoterápico.

É finalmente, um volume de interesse para os clínicos gerais e sobretudo para os dermatologistas que se esquecem muita vez da terapêutica geral, etiologica, das dermatoses.

— CONTRA DORES —

Troipel

— COMPRIMIDOS —

Homburg

Apreciações

Livros médicos brasileiros. — Vai aos poucos a literatura médica brasileira libertando-se da necessidade da importação de livros editados no estrangeiro, ganhando feição nitidamente nossa e revelando nomes que se vão firmando altamente no conceito da classe médica nacional.

As "Edições Melhoramentos", de São Paulo, possuem uma biblioteca médica que vem sendo ampliada com a publicação de trabalhos de consagrados mestres. O último lançamento é "Clínica das Afecções do Estômago", autoria do prof. Felício Cintra do Prado. Dentre outros volumes da quela série há que destacar estes títulos: "Dietética Infantil", de Vicente Batista em sua terceira edição; "Embriologia Humana e Comparada", 2.^a edição, do dr. Carmo Lordy; "O Problema da Hipertrofia Prostática" de J. R. Alves Guimarães e vários outros.

A localização das úlceras do estômago e do duodeno. — Eurico Branco Ribeiro (De "Portugal Médico", XXXIII, 119, fev. de 1949).

1. Úlcera justacardia	0,2%
2. Úlcera da pequena curvatura do estômago	19,5%
3. Úlcera pilórica	4,8%
4. Úlcera da grande curvatura do estômago	0,1%
5. Úlcera da parede posterior do estômago.	3,9%
6. Gastrite ulcerativa	2,6%
7. Úlcera da face anterior do bulbo duodenal	67,4%
8. Úlcera da face posterior do bulbo duodenal	30,8%
9. Úlcera do bordo superior do bulbo duodenal	4,5%
10. Úlcera do bordo inferior do bulbo duodenal	1,2%
11. Úlcera do cotovelo superior do duodeno	0,4%
12. Úlcera péptica jejunal (boca anastomótica)	1,2%

Vê-se que a úlcera aparece preferencialmente nas zonas que sofrem com mais frequência o atrito do bolo alimentar. Geralmente, a face anterior do bulbo duodenal encurva-se para trás e para cima, oferecendo a sua mucosa ao jacto alimentar que se projeta do estômago. Por uma discinesia do

"Independentemente da importância para a cirurgia, e localização das úlceras gastro-duodenais oferece elementos de valor para o esclarecimento da patogênica das lesões. Eurico Branco Ribeiro publica a sua contribuição neste tema (Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, Dez. de 1948), baseada numa estatística de 994 casos assim distribuídos: de duodeno — 700, de estômago — 228, de jejuno — 10, associadas de estômago e de duodeno — 54, associadas de duodeno e de jejuno — 2. Quanto ao número de lesões: com úlcera única — 614, duplas — 324, tripla — 23, quádruplas — 5, quituplas — 1, úlceras múltiplas — 27. A tendência para a produção de uma única úlcera é manifesta, e se o seu número não é maior é porque, em certas localizações, interfere um factor de duplicidade, que é o contacto da mucosa com uma úlcera preformada, o que observou em 271 casos de úlcera duodenal e em 19 de gástrica; se esse factor não existisse, a úlcera solitária abrangeeria quase 91 por cento dos casos.

As frequências de localização, nos 994 casos estudados, foram:

músculo pilórico (alterações nervosas de causa geral ou local — gastrite), o conteúdo gástrico pode ser projetado contra a face posterior ou contra um dos bordos do bulbo duodenal, dando-se aí a formação da úlcera. Anteriormente já havia assinalado a importância da discinesia do cárdio na pro-

dução da úlcera da parede anterior ou posterior do estômago, geralmente situada nas proximidades daquele esfícter (Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 17 de agosto de 1937). Isso, aliás, já tinha sido acentuado por Deaver e Burden quando estudaram as reações entre o píloro e a úlcera duodenal, dizendo que "a disfunção do esfícter pilórico não somente causa os sintomas da úlcera mas precede ao aparecimento dela" (Annals of Surgery, Philadelphia, XCIV, 818, Novembro de 1931).

O estudo da localização da úlcera vem, pois, fornecer argumentos favoráveis aos que defendem

a sua origem mecânica, baseando-se, como Joaquim Telleria, em fatos experimentais e em dados microscópicos que mostram lesões de natureza proliferativa nas paredes e imediações da úlcera, dependentes de ação irritativa mecânica e não de processos destrutivos como são os de corrosão e digestão (Medicina Espanhola, Valencia, XII, 24 setembro de 1944). Mas por outro lado, o estudo da localização não desaponta os que dão primordial importância ao sistema nervoso pois é graças às alterações deste que se observam as disfunções capazes de concorrer para a formação de úlcera, seja no sector cinético, seja no sector secretório.

Folhetos e separata recebidos

Como reduzir o tempo da Gastrectomia sub-total. — Carlos Smith. — Sanatório Smith — Uberaba — "I Jornada de Gastroenterologia", outubro de 1949.

Câncer Proctossimóideu. — Walter Gentili de Mello. — Revista Brasileira de Gastroenterologia — vol. 1, julho-agosto de 1949, n.º 4.

Traitements des Brucelloses. — Paul Frixon — "Les Editions Scientifiques Françaises".

Câncer Intestinal. — Considerações em torno dos problema do seu diagnóstico precoce) — separata — Revista Brasileira de Cirurgia — fevereiro de 1949.

Tratamento cirúrgico do câncer retocólico. — (Traços de sua evolução e tendências atuais — separata da Revista Brasileira de Cirurgia — novembro de 1948.

Tratamento das úlceras gastroduodenais pela geléia de hidróxido de alumínio. — Ennio Botelho Peronne — separata — "Hospital" — outubro de 1949.

Über die symptomatologische Bedeutung isolierter Muskelhypertrophien. — Icek A. Horowicz — Lodz (Polen). 1948 — Basel.

Die Abortbehandlung und deren Resultate an der Basler Frauenklinik. 1943-1945 — Paul E. Viollier — Basel.

Über Intersexualität und Nebenerentendynhyperplasie. — Jakob Zahn Basel — 1948.

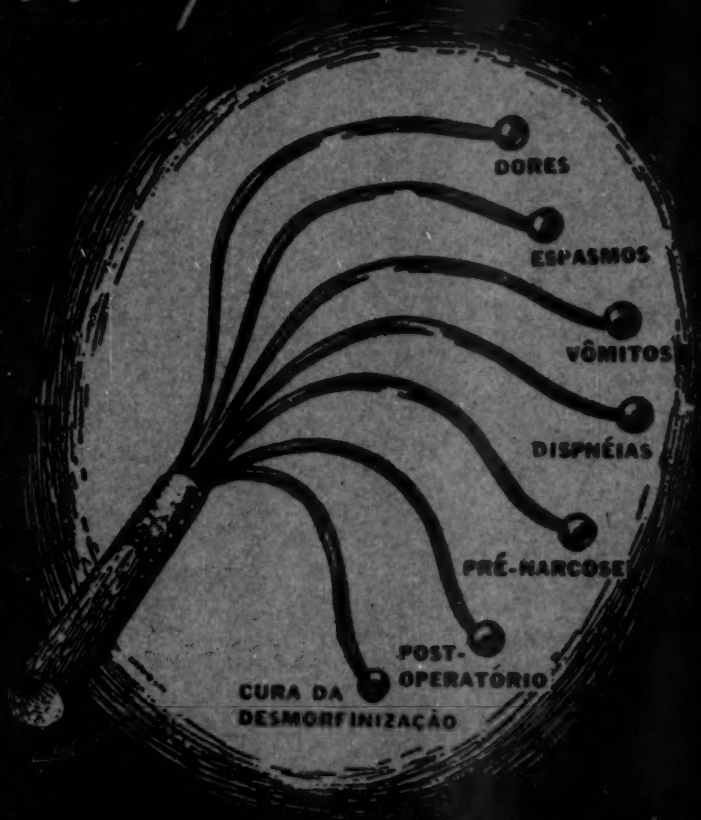
Über Gehirnveränderungen bei zwei Fällen von spastischer Zerebrallähmung — Ernst A. Kuhn — Zurich -947.

Über physio-pathische Reflexkrämpfe und Reflexkontrakturen — Rudolf Lardelli — Zurich 1947.

Die Kreislaufzeit — Ludwig von Segesser — Luzern — 1947.

Zur Frage des Geschlechtsunterschiedes in der Zahl der Erythrocyten beim Menschen — Gertrud Schnitter — Basel — 1947.

Ampolas



LABORATÓRIO CROSS - RIO

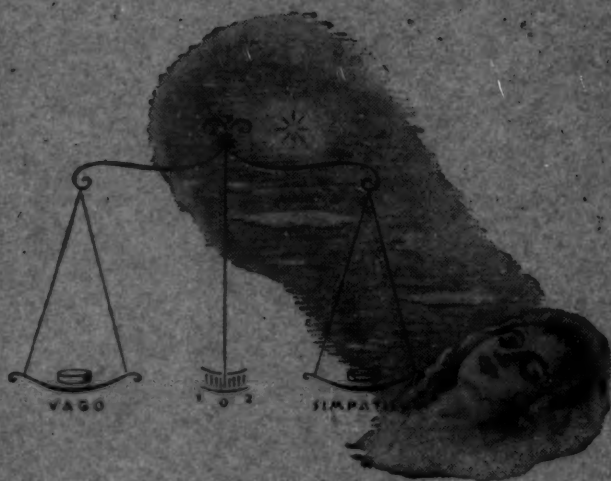
ATROVERAN

GOTAS - SUPOSITÓRIOS - COMPRIMIDOS

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 376 - Telefone, 6-4572 - São Paulo